Rok XLI. Kraków, 22 Marca 1902. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag o komórce wątrobnej.

Podał

Prof. Browicz.

W r. 1897 na podstawie własnych badań wątrób muszkatołowych jakoteż żółtaczkowych doszedłem zgodnie z wynikami dawniejszych injekcyi Heringa, Pfeiffra, które to obrazy uważane były za sztuczne, artefakta, jakoteż zgodnie z mniej lub więcej stanowczemi zapatrywaniami innych autorów jak Popow, Afanasiew, Marchand, R. Krause, Nauwerck do przekonania, iż w komórce wątrobnej istnieją stałe kanaliki, którymi żółć z komórki wątrobnej wydalaną bywa do kanalików międzykomórkowych, z którymi kanaliki żółciowe śródkomórkowe w bezpośrednim są związku. Późniejsze badania Stroebego, Szubińskiego, Fütterera, Aschoffa zgadzają się z tem zapatrywaniem niemniej jak badania Ciechanowskiego, który dostrzegł podobnych obrazów w wątrobach, w których rozwinęły się gruczolaki. Holmgren, jakkolwiek nie oznacza gatunku kanalików, czy odżywcze czy też wydzielnicze, podaje, iż w komórce wątrobnej jeża istnieją kanaliki śródkomórkowe, (Anat. Anzeiger 1902 Nr. 18). Obrazy takie spotykam odtąd często w wątrobach żółtaczkowych, w których wskutek wadliwego mechanizmu wydalania żółci z komórki wątrobnej gromadzi się żółć w przestworach ściśle odgraniczonych w postaci jednolitych pasm, rozgałęziających się wśród komórki lub też złogów okrągłych, co zależy od kierunku przekrojów.

W ciągu dalszych badań moich dostrzegłem, iż tak u człowieka, gdy hemoglobina w rozczynie się znajduje jakoteż u psa po wprowadzeniu rozczynu hemoglobiny do krwi jakoteż po działaniu na krew substancyi chemicznych rozpuszczających pewne krwinki czerwone, wśród cytoplazmy jakoteż karyoplazmy komórki wątrobnej w przestworach ściśle odgraniczonych okrągłych lub podłużnych wykazać można za pomocą formaliny, tworzącej odczynnik mikrochemiczny hemoglobiny płynnej, złogi ziarniste lub też krystaliczne hemoglobiny przeobrażonej pod wpływem formaliny. Nadto u psa mianowicie w czasie trawienia dostrzegłem krwinek czerwonych w cytoplazmie jakoteż w karyoplazmie komórki wątrobnej pojedynczych, lub więcej a nawet gromadek tychże w przestworach okrągłych ściśle odgraniczonych, co i w wątrobie ludzkiej spotyka się, jak to także i Ciechanowski w swej pracy (Sprawy wydzielnicze w komórkach gruczolaków i raków gruczolakowych wątroby. *Rozprawy Akad. umiej.* T. 40) podaje.

Na podstawie tych obrazów doszedłem do wniosku, iż jądro komórki wątrobnej bierze czynny udział w wytwarzaniu wydzielin komórki wątrobnej, części składowych żółci, której ślady w postaci złogów okrągłych także w miąższu jądra komórki wątrobnej spotykałem.

Obrazy te zwróciły uwagę moją a uwzględniając istnienie niewątpliwe, co raz jeszcze stanowczo twierdzę, śródkomórkowych kanalików żółciowych jako stałych dróg wywozowych do wydalania żółci służących wysnułem z tych obrazów wniosek, iż w komórce wątrobnej istnieć muszą także stałe drogi, kanaliki, ktorymi materyał odżywczy i czynnościowy dostaje się do komórki i że te kanaliki odżywcze łączyć się muszą z naczyniami włoskowatemi, krwionośnemi, śródzrazikowemi.

W literaturze istniały szczegóły, co w pracach moich przytoczyłem, które na ten związek wskazywały. Asp w roku 1873 metodą injekcyjną wykazał, iż masa injekcyjna od naczyń krwionośnych wnika w postaci pasm w głąb komórki wątrobnej, toż samo wykazali I. W. i E. Heward Fraserowie (1895). Te wyniki injekcyjne, o podobnych obrazach wspomina także Nauwerck (1897), podobnie jak poprzednie Heringa, Pfeiffra nie zyskały prawa obywatelstwa w nauce, w której panuje zapatrywanie, iż wytwory wydzielnicze komórki jakoteż substancye odżywcze z krwi drogą osmozy wydostają się z komórki jakoteż do niej wnikają.

W pracy mojej o drogach odżywczych (1899) starałem się wykazać, iż nie jesteśmy w stanie osmozą wytłómaczyć wnikania jakoteż wynikania jakichkolwiek substancyi płynnych z komórki i do komórki wątrobnej a tem mniej substancyi stałych jak krwinki czerwone, z którym to faktem spotykamy się w fizyologicznych i patologicznych warunkach w różnych komórkach.

Zwracałem w pracach moich od lat kilku uwagę na to, jak ważne znaczenie dla biologii przedstawiają obrazy dostrzegane w stanach chorobowych, zdanie, które w roku ubiegłym wypowiedział bardzo wybitnie Virchow zagajając obrady towarzystwa patologicznego niemieckiego. W pracy o drogach odżywczych w komórce wątrobnej (1899) wypowiedziałem zdanie: „Nie wątpię, iż, gdy się zwróci uwagę na to i badać będzie szereg wątrób o sztucznie nastrzykanych naczyniach krwionośnych mając zwróconą uwagę na ten szczegół, dostrzeże się częściej obrazów podanych przez Aspa, Fraserów, Nauwercka“. Słowa te moje w roku 1899 wypowiedziane sprawdzają się. Prof. Schäfer z Edymburga nadesłał mi preparaty z wątroby króliczej nastrzykanej przez żyłę wrotną gelatyną karminową wykazujące, iż masa injekcyjna wnika od naczyń krwionośnych w głąb miąższu komórki w postaci pasemek rozgałęziających się, dochodzących aż do jądra a nawet doń wnikających. Obrazy te stwierdzają prawdziwość moich spostrzeżeń w sposób niepodlegający wątpliwości, stwierdzają to, do czego doszedłem

inną drogą, inną metodą, z obrazów spostrzeganych u psa i u człowieka a mianowicie z wnikania i gromadzenia się płynnej hemoglobiny i krwinek czerwonych w przestworach ściśle odgraniczonych.

Obrazy przezemnie dostrzeżone zgadzają się zupełnie z obrazami po injekcyi sztucznej z tą tylko różnicą, iż gdy w obec małej ilości substancyi odżywczych wnikających do komórki, posuwających się stopniowo od brzegu komórki w głąb, tylko wakuole i małe odcinki kanalików odżywczych wystąpić mogą na jaw i przedstawiają niejako etapy transportu wchłoniętej hemoglobiny płynnej aż wreszcie w obręb jądra, — po injekcyi sztucznej, gdy stały, ciągły niejako strumień masy injekcyjnej wnika w kanaliki środkomórkowe występują już całe kanaliki a nawet siatki tychże. Istnienie w komórce wątrobnej tak stałych dróg, kanalików odżywczych jakoteż wydzielniczych stwierdzonem więc zostało tak injekcyą sztuczną jakoteż obrazami fizyologicznymi, patologicznymi i eksperymentalnie wywołanymi.

Związek kanalików wydzielniczych, żółciowych z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi jest bezpośredni t. j. żółć z kanalików żółciowych śródkomórkowych wlewa się wprost do kanalików żółciowych międzykomórkowych. Związek zaś kanalików odżywczych śródkomórkowych z naczyniami krwionośnemi jakkolwiek, jak to preparaty Schäfera wykazują, od strony naczyń krwionośnych śródzrazikowych dają się one sztucznie nastrzykać, jest tylko pośredni. W dostawaniu się substancyi odżywczych z krwi do kanalików odżywczych w komórce wątrobnej, pośredniczą komórki ścienne naczyń krwionośnych włoskowatych tworzące jak to równocześnie z Kupfferem wykazaliśmy, jedyną warstwę ścianki naczynia krwionośnego włoskowatego. Zatem przemawiają obrazy, jakie spotykamy w komórkach ściennych, soczystych, sterczących do światła naczynia kwionośnego, w których spotykamy krwinki czerwone, złogi hemoglobiny, jakoteż obrazy komórek ściennych spotykane w przypadkach ostrej i przewlekłej żółtaczki tak u człowieka jakoteż eksperymentalnie u psa wywołanej, o czem podałem wiadomość w pracach moich o budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych i o patogenezie żółtaczki (1900). W komórkach ściennych spotyka się wtedy podobne kanaliki śródkomórkowe, jak w komórce wątrobnej napełnione żółcią, która albo z kanalików żółciowych międzykomórkowych stykających się z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi. (Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych. Rozprawy akad. umiej. t. 38.) albo też wprost z komórek wątrobnych do nich się dostaje. Obrazy te wskazują, iż w komórkach ściennych naczyń włoskowatych krwionośnych, komórkach innego gatunku aniżeli komórki. wątrobne, istnieją stale kanaliki, na co już w przytoczonej pracy o budowie naczyń krwionośnych śródzrazikowych uwagę zwróciłem.

Komórka wątrobna jest więc dotąd jedyną komórką zwierzęcą, w której udowodnione istnienie śródkomórkowych kanalików tak odżywczych jakoteż wydzielniczych.

Pojęcia nasze o budowie komórki wątrobnej, a mnożą się wskazówki o istnieniu kanalików śródkomórkowych i w innych komórkach (przypominam np. badania Holmgrena i innych autorów co do komórki zwojowej, badania Retziusa podane na ostatnim zjeździe anatomów niemieckich co do olbrzymich komórek szpiku kostnego, szczegół podany przez Holmgrena co do istnienia kanalików śródkomórkowych w komórkach doczesnej u myszy, w komórkach trzustki salamandry, w komórkach krypt dwunastnicy u kota [Anat. Anzeiger 1902] muszą uledz zmianie.

Stałe kanaliki jakiejkolwiek przyrody nie mogą istnieć w substancyi płynnej czy ciekłej, jaka według niektórych autorów tworzyć ma miąższ komórki. Istnieć one mogą tylko w substancyi stałej jakkolwiek, miękkiej, elastycznej, kurczliwej. Nie ulega wątpliwości, iż komórka zawiera także płyn, chociażby przynajmniej w okresie czynności, gdyż płynne substancye (mikrochemicznie wykazać się dające złogi ziarniste lub krystaliczne z roczczynu hemoglobiny osadzone) do niej wnikają, a wydzieliny komórki wątrobnej nie są stałe, komórka wydziela je w stanie płynnym, w roczczynie.

Komórka wątrobna wobec istnienia stałych kanalików odżywczych i wydzielniczych, tworzących w miąższu komórki siatkę łączącą się z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi i naczyniami krwionośnemi śródzrazikowemi musi posiadać budowę skomplikowaną podobną do budowy organizmu, co z naciskiem niejednokrotnie podnosiłem. Istnieją w niej stałe części, granula, plasmosomy, bioblasty, jakkolwiek je nazwiemy, tworzące może grupy jak to co do komórki wątrobnej także np. Schlatter, Arnold twierdzą, które odgrywają rolę narządów przerabiających substancye odżywcze i wytwarzających wydzieliny swoiste. Nie drogą osmozy wnikają do komórki wątrobnej substancye odżywcze i wynikają wydzieliny swoiste, jak to niejednokrotnie w pracach moich wypowiadałem. Dzieje się to drogą stałych kanalików śródkomórkowych, gdyż łączą się one przecież z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi jakoteż z naczyniami krwionośnemi śródzrazikowemi, przyczem komórka sama czynną jest, o czem świadczy dostawanie się do komórki wątrobnej stałych cząstek jak krwinek czerwonych, które o ile dotąd wiemy, nie objawiają samodzielnych ruchów a tylko dzięki swej olbrzymiej elastyczności przystosować się mogą do szczelin, przestworów, do których wprowadzone zostają. Możemy zatem razem z Czermakiem (Petersburg) nazwać komórkę wątrobną myzocytem, komórkę ssącą.

Istnienie kanalików śródkomórkowych, które próżne są niewidoczne a dopiero zawierając treść stają się dostrzegalne i stosownie do ilości treści ulegają rozszerzeniu, po wydaleniu treści znowu są niewidoczne, pozornie nie istniejące, zgadza się z tłómaczeniem, które podałem w pracy mojej o środkomórkowych kanalikach żółciowych i o budowie komórki wątrobnej (1897), co do pojawiania się wakuol, wakuolizacyi komórki wątrobnej, która nie jest przypadkową a wakuole nie powstają w miejscach dowolnych. Powiedziałem wtedy, iż wakuole i jamki wydzielnicze Kupffera są wyrazem poprzecznych przekrojów rozszerzonych kanalików środkomórkowych, że wakuolizacya komórki wątrobnej związana jest ściśle i zależy od obecności sieci kanalików fizyologicznych, co i obrazy w preparatach Schafera stwierdzają. Komórka wątrobna może w odpowiednich warunkach pochłaniać znaczną ilością substancyi odżywczych (vide praca moja: „Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną“ i „O pochodzeniu substancyi skrobiowatej“. Rozpra-

wy akad. umiej. t. 38 i 41), może wskutek wadliwego mechanizmu wydalania większą ilość wydzieliny w kanalikach wydzielniczych zatrzymać, co nam bardzo dobrze tłómaczy różną wielkość wakuol, dosięgających nieraz rozmiarów olbrzymich.

* * *

II. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie te jednak sposoby, nie wyłączając ostatniego, nie dają nam takich danych ścisłych i pozytywnych, na którychby się z całą ufnością oprzeć było można. To stało się powodem, że niektórzy z chirurgów usilowali uprzystępnić sobie drugą nerkę przez jej „krwawe odsłonięcie".

W tym celu Lawson-Tait i Thorton otwierali jamę brzuszną w linii środkowej, obmacywali każdą nerkę z osobna i gdy się znalazły warunki po temu, zaszywali ranę laparotomijną napowrót, a do nefrektomii, wzgl. nefrotomii przystępowali z cięcia lędźwiowego. Inni np. Simon, odsłaniali nerkę z „dyagnostycznego cięcia lędźwiowego," natomiast Kocher radzi, aby przystępując do nefrektomii pozaotrzewnowej obok nerki w tej samej ranie przeciąć otrzewnę, przez otwór ten wejść do jamy otrzewnowej, obmacać drugą nerkę i dopiero teraz, upewniwszy się w ten sposób o dobrym stanie nerki pozostającej, przystąpić po zaszyciu otrzewnej do dokończenia operacyi.

I mniemaćby należało, że chyba tym sposobem zdołamy sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o stanie nerki pozostającej. Mając bowiem nerkę bezpośrednio pod ręką, powinniśmy rozpoznać, czy ona istnieje, jaka jest jej wielkość, powierzchnia, zbitość etc. I rzeczywiście istnieją spostrzeżenia bardzo pouczające: np. Moritz przed zamierzonem wycięciem nerki, zajętej nowotworem złośliwym, przekonał się tą drogą, że druga nerka jest mała, twarda, powierzchnia jej nierówna. Odstąpił tedy od operacyi, a sekcya przekonała go, że wydolność nerek istniała jedynie dzięki częściowo zachowanemu miąższowi w nerce zajętej rakiem. Z drugiej jednak strony istnieją spostrzeżenia wykazujące, że o pomyłkę i złudzenie nietrudno nawet po takiem bezpośredniem obmacaniu. Poncin przekonawszy się przez bezpośrednie obmacanie, że druga nerka istnieje i jak mu się zdawało, jest niezmienioną, wykonał zamierzoną nefrektomię; w parę dni jednak później przekonał się, że to, co uważał za nerkę było tylko strzępem tłuszczu, otaczającym kamyk nerkowy. Nerki zaś ani śladu. Podobnie Sendler wziął za nerkę, kaszaka, który się rozwinął na koszt zanikłej nerki. Wreszcie wspomnieć należy o przypadku Zondecka, ogłoszonym z oddziału Israela, zupełnie analogicznym do przypadku pierwszego.

Ba, nawet nefrotomia, wykonana w celach rozpoznawczych, nie jest zupełnie pewną w swych wynikach. Dawniej już zwracali na fakt ten uwagę Albarran, Pousson, Nimier, Routier, Braatz, a niedawno Kümmel ogłosił spostrzeżenie, które świadczy przeciw dyagnostycznej nefrotomii. Mężczyzna 47 letni oddaje od dłuższego czasu mocz mętny i krwawy. Badanie wykazuje: pęcherz niezmieniony. Po bliższem rozpatrzeniu się rozpoznano nowotwór złośliwy nerki lewej. Po odsłonięciu tej nerki nie znaleziono zmian powierzchownych; rozcięto ją zatem podłużnie aż do miedniczki, lecz i na przekroju nic patologicznego nie zauważono. Wkrótce potem chory zmarł na porażenie serca. Sekcya wykazała, że większy guz zajmował nerkę prawą, ale i w lewej był też już nowotwór mniejszych rozmiarów.

Pomijając już tę okoliczność, że otwarcie jamy brzusznej lub odsłonięcie nerki jest zabiegiem ciężkim i groźnym dla chorego, tem cięższym, że bardzo często w nerce zmienionej znachodzą się masy gnilne (septyczne), widzimy, że nietylko odsłonięcie nerki, ale nawet jej rozcięcie, nie daje nam wcale pewnych wskazówek, mogących świadczyć o ich wydolności. Nawiasowo dodaję, że w ostatnich czasach podniosły się głosy (Braatz), wykazujące na przykładach klinicznych, że sama nefrotomia może się stać powodem zaniku nerki[2]). Zatem rażący niestosunek między samym zabiegiem, a wątpliwemi i niepewnemi korzyściami nakazuje, by odstąpić od używania tych metod na większą skalę, a zachować je dla bardzo wyjątkowych przypadków, w których nic innego nie pozostanie nam do wyboru.

Pierwsze „votum niezaufania" dla tych dopiero co wyliczonych metod badania nerek dał Czerny, zalecając swą metodę, która, jak wiadomo, polega na tem, aby po odsłonięciu chorej nerki zacisnąć jej moczowód i badać mocz, zbierający się w pęcherzu, a pochodzący z jednej tylko nerki. O krok naprzód posunął się Gluck swem zaleceniem wstrzyknięcia podskórnego jodku potasu po zaciśnięciu moczowodu sposobem Czernego i badania jodu w moczu z pęcherza. Oddziaływanie dodatnie świadczy o sprawności drugiej nerki. Metodę Czernego zmodyfikował nieco Pinner o tyle, że zalecił, aby po odsłonięciu nerki zależnie od znalezionych stosunków naciąć ją samą albo miedniczkę i tędy wprowadzić odpowiedni cewnik do moczowodu, ustalić go i badać mocz, przezeń się wylewający z nerki operowanej, z drugiej zaś mocz zbierający się w pęcherzu.

Metoda Czernego i jej modyfikacye dają rękojmię pewności, jak żadna z poprzednich; — nie może jednak znaleźć zastosowania w szerszej praktyce, bo zabieg to wcale poważny i dający się dziś zastąpić innymi równie pewnymi, lecz nierównie łagodniejszymi.

Nie można jednak metodzie tej odmówić zasadniczej i wyjątkowej wartości. Wykazała ona, że poprzednie dążenia, zmierzające do zbierania moczu z każdej nerki osobno, warte są poniesionych mozołów i zachęcała do dalszych prób w tym kierunku. Gdyż jakkolwiek badanie moczu, zbierającego się w pęcherzu z obu nerek, daje dokładne a niekiedy jedyne wskazówki rozpoznawcze, do celów ściślejszych, a więc, do oznaczenia, czy jedna czy obie nerki są chore, a względnie, czy owa nerka, która po wyjęciu jednej pozostanie, wydoła zadaniu na nią włożonemu — zupełnie się nie nadaje. Potrzeba zbierać mocz z każdej nerki oddzielnie. Potrzebę tę uznawał założyciel nowoczesnej chirurgii nerek, G. Simon.

Pomijając bezpośrednie zabiegi na nerkach (Czerny, Pinner), wszystkie dalsze sposoby, jakie dotychczas podano w celu oddzielnego zbierania moczu z każdej nerki, podzielić można na dwie grupy. W pierwszej autorowie dążą do

---

[2]) Kwestyą tą zajmuję się dokładniej w innej pracy.

tego, aby w jakikolwiekbądź sposób otrzymać mocz wprost z moczowodu; w drugiej zwracają głównie uwagę na sam pęcherz i starają się podzielić go na dwie niekomunikujące ze sobą komory, z którychby każda służyła za zbiornik dla jednej tylko nerki.

Pierwszą grupę podzielić można znów na kilka pododdziałów: I. Odsłonięcie moczowodów drogą operacyjną. II. Otworzenie pęcherza i uczynienie ujść moczowodu widocznymi. III. Zaciskanie lub odosobnianie ujścia moczowodu na ślepo. IV. Sondowanie moczowodu *per vias naturales*, a) pod kontrolą palca; b) pod pośrednią kontrolą zwroku — i c) pod bezpośrednią kontrolą zwroku.

ad I.) Hegar, Sänger i Warkalla radzili, aby u kobiet wypreparować moczowód tam, gdzie on przebiega w okolicy sklepienia przodkowego i zacisnąć go chwilowo w jakikolwiekbądź sposób.

ad. II.) Bozemann i Emmet, pouczeni już poprzedniemi usiłowaniami, chcieliby kateteryzować moczowody przez przetokę między pęcherzem i pochwą. Aby umożliwić rzecz i u mężczyzn, Iversen, Guyon i Albarran przedwstępnie otwierają pęcherz cięciem nadłonowem. Harrison do tego samego celu zalecił *sectio mediana*.

ad III.) Nieporównanie liczniejsze są próby zaciśnięcia moczowodu na ślepo. Pierwszy wstąpił na tę drogę Tuchmann, zalecają przyrząd, bardzo zbliżony budową i kształtem do litotryptora, który równocześnie służył jako cewnik. Przyrząd zamknięty wprowadzało się do pęcherza odszukiwało się na ślepo wyniosłość, mającą odpowiadać ujściu moczowodu, w tej chwili otwierało się przyrząd, oboma ramionami (branżami) obejmowało się ową wyniosłość i chwytało się ją w zamknięte kleszcze. Tak założywszy przyrząd pozostawiało się go w pęcherzu przez 10 minut i zbierało mocz, pochodzący jakoby z nerki, której moczowód nie został zaciśnięty. Następnie Silbermann podał nowy przyrząd. Jest to cewnik *à double courant*, kryjący w sobie balonik gumowy, połączony z cieniutkim cewnikiem. Po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza, przykłada się go okienkiem do okolicy jednego moczowodu, poczem przez cewnik napełnia się balonik około 10 sz. ctm. rtęci, balonik występuje przez okienko na zewnątrz i zatyka moczowód. Fenwick używał długi czas i zachwalał swój przyrząd ssący, zrobiony również jak i poprzedni na zasadzie cewnika *à doubee courant*. Cewnik wewnętrzny posiada w tym przyrządzie okienko kończące się w pokrywie zewnętrznej, które trzeba przyłożyć do ujścia moczowodu, poczem za pośrednictwem pompki wsysa się mocz z jednej nerki, podczas gdy mocz z drugiej spływał równocześnie do pęcherza, a stąd przez inne okienka cewnikiem zewnętrznym na zewnątrz. Ebermann zaciskał koniec moczowodu kleszczykami, osobno w tym celu pomyślonemi, których jedno ramię wprowadzał do pęcherza, drugie do odbytnicy. Podobnie postępuje Weir. Zmodyfikowawszy przyrząd Davyego obmyślony do uciskania tętnicy biodrowej przy wyłuszczaniu kończyny w stawie biodrowym, zastosował go również do tego celu. Jeden pręt wprowadzić trzeba do odbytnicy i przycisnąć nim moczowód do *linea arcuata pelvis*. Weir znalazł kilku naśladowców między innymi Waldsteina, H. B. Saundsa i Langa, którzy znakomicie uprościli jego metodę, zaciskali bowiem moczowód między swym palcem a linią bezimienną miednicy. Ucisk ten trzeba wywierać tak długo, póki się wreszcie w pęcherzu nie zbierze dość moczu z nerki drugiej. Polk uskutecznia to zamknięcie moczowodu przez ucisk między specyalnie obmyślanym cewnikiem w pęcherzu, a sztabką w odbytnicy; Müller zaś wprowadza do odbytnicy balonik, który wypełnia rtęcią i tak przyciska moczowód do *linea arcuata pelvis*.

ad IV.) Dotychczas wyliczone metody zbierania moczu z każdej nerki oddzielnie są albo za poważne (grupa I. i II.), albo bardzo niepewne (grupa III.). Wady te starano się usunąć w sposobach, które obecnie wyliczyć mamy zamiar. Na pierwszem miejscu wymienić należy sposób Simona. Przekonawszy się, że znaczne nawet rozszerzenie cewki moczowej u kobiet nie pociąga za sobą trwałych i złych następstw, wprowadzał Simon po lewym palcu wskazującym, włożonym do pęcherza przez cewkę, rozszerzoną na 2 ctm. specyalnie urządzone cewniki do moczowodów, których ujście poprzednio wyczuł palcem. Inną drogą poszedł Pawlik: zużytkował on fakt, że u kobiet w położeniu kolankowo-łokciowem i przy miernie napełnionym pęcherzu, na przodkowej ścianie pochwy zaznaczają się granice trójkąta Lieutauda. Oryentując się tym rysunkiem, wprowadzał on przez cewkę nierozszerzoną do pęcherza cewnik moczowodowy i śledząc od zewnątrz ruchy jego końca, rysujące się na ścianie pochwy, doszedł z czasem do takiej wprawy, że bez większych trudów kateteryzował moczowody. Metoda ta stałaby się nierównie łatwiejszą i dostępniejszą szerszemu kołu specyalistów, gdyby manipulacyę tą wykonać można było pod bezpośrednią kontrolą wzroku. Pierwszy Howard A. Kelly rozwiązał to zadanie, na razie połowiczo, bo tylko u kobiet. Użył on wziernika cewkowego Simona o średnicy 9—10 mm. i w ułożeniu podniesionem miednicy wprowadzał go do pęcherza po poprzedniem rozszerzeniu cewki. Natychmiast wpadało powietrze do pęcherza, rozszerzało go, a mocz wypływający z moczowodów, spływał po jego ścianach i nagromadzał się u wierzchołka. Przez wziernik oświetlał ten badacz wnętrze pęcherza przy pomocy reflektora, odbijającego światło lampki żarowej, odszukiwał ujścia moczowodów i pod kontrolą wzroku wprowadzał do moczowodów cewniki. Metodę tę uprościł znacznie H. Rose w ten sposób, że zadawalnia się poprostu odszukaniem ujścia moczowodu, poczem wsuwa głębiej i obciska mocno w około niego wziernik nieco dłuższy od wziernika Simonowskiego i ze skośnie ściętym końcem. W tak przyciśniętym wzierniku zbiera się mocz z jednego lub drugiego moczowodu.

Wkrótce po H. A. Kellym, a może równocześnie i niezależnie od niego, bo się o to spierali, podał Pawlik swą drugą metodę, która od sposobu Kellyego tem się jeno różni, że Pawlik do pęcherza wprowadza lampkę żarową, chłodzoną krążącą wodą zimną. Ostatnie metody, stanowiące niezaprzeczenie postęp w tym kierunku, mają ograniczone zastosowanie, gdyż tylko u kobiet. Pierwsze usiłowanie oświecenia pęcherza u mężczyzn przedsięwziął Robert T. Morris, podawszy swój „tubus" o średnicy 9 mm. zamknięty podczas wprowadzania podłużną oliwką, osadzoną na ruchomym drucie. Przez „tubus" oświeca się pęcherz światłem odbitem. Morris przyrządem swym posługuje się z taką wprawą i pożytkiem, że nie zarzucił go nawet po wynalezieniu i rozpowszechnieniu cystoskopu.

A cystoskop po tych wszystkich próbach musiał być

wynalezionym. Duch czasu za narzędzie wybrał sobie Maxa Nitzego. Cystoskop pierwotny, wielokrotnie modyfikowany i ulepszany, doprowadzony w końcu został do znacznej doskonałości i stał się prawdziwem uwieńczeniem wszelkich usiłowań, trudów i znojów, podejmowanych w tym kierunku. Nie chcę sprawy przesadzać powiedzeniem, że niczego lepszego spodziewać się już nie możemy, boć granice myśli, ducha i twórczości są szerokie i granic tych przewidzieć nie można; śmiało jednak twierdzić możemy, że nic lepszego dziś nie posiadamy. Przez jednorazowe wprowadzenie narzędzia tego możemy potwierdzić lub wykluczyć chorobę pęcherza, a nawet możemy, odszukawszy ujścia moczowodów i śledząc mocz z nich się wylewający, wyrobić sobie pewien sąd o stanie nerek. Aby jednak sąd ten pozbawić wielu niepewności i uchronić siebie przed pomyłką, a chorego przed następstwami takiej pomyłki, powinniśmy się posunąć o jeden krok naprzód. Zastosować trzeba cewnikowanie moczowodów, co przy pomocy cystoskopu udaje się jeszcze najłatwiej i z najmniejszą szkodą dla chorego. Pierwszy Brenner w r. 1889 użył cystoskopu do tego celu. Wkrótce potem Boisseau de Rocher podał przyrząd, zrobiony na zasadzie cystoskopu, a nazwany przezeń „megaloskopem“. Dopiero jednak Poirierowi udało się po pokonaniu wielu trudności pod kontrolą cystoskopu wprowadzić cewniki do moczowodów u żywego mężczyzny. Metoda rozpowszechniła się, gdy Nitze podał swój przyrząd. U nas zalety tego przyrządu ocenił pierwszy Rydygier, a przewidując korzyści, jakie ztąd dla chirurgii nerek płynąć mogą, nietylko sam przyrządem tym się posługiwał, ale nadto zachęcał do użycia go. Przyrząd zyskał wiele przez modyfikacye, zwłaszcza drugą Caspra. Wreszcie w użyciu, zwłaszcza we Francyi, jest ureteroskop Albarrana, wielkiego zwolennika, a raczej wielbiciela tej metody. Znakomity ten i ceniony urolog ułatwił w niektórych przypadkach cewnikowanie moczowodów przez to, że w cystoskopie wprowadza do moczowodów długie, giętkie metalowe zgłębniki (sondy), a po nich dopiero i po wyjęciu cystoskopu, wprowadza cewniki (katetery). (C. d. n.)

* * *

III. Z zakł. anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

O polipowatych nowotworach mięszanych przełyku.

Podał

Dr. L. K. Gliński,

Asystent zakładu.

(Dokończenie).

Zestawiając to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, iż w skład opisanego przez nas polipa wchodziły najrozmaitsze składniki, a mianowicie: włókna tkanki łącznej, ogniska tkanki śluzakowatej, mięśnie prążkowane, a wreszcie główną masę nowotworu stanowiły komórki różnego kształtu: okrągłe, owalne, wrzecionowate różnej długości, olbrzymie o licznych jądrach; prócz tego zaś pomiędzy temi wszystkiemi komórkami spotykał się cały szereg postaci przejściowych. Obrazy tych komórek nie różniły się zasadniczo od obrazów w przypadku Wolfensbergera, który zajmuje się tą sprawą bardzo szczegółowo i przychodzi ostatecznie do wniosku, iż komórki te należy uważać za twory, które w dalszym rozwoju przekształciłyby się w mięśnie prążkowane, co i mnie również, na podstawie znalezionych w moim przypadku obrazów, wydaje się możliwem. Nie chcąc powtarzać dowodów Wolfensbergera i odsyłając czytelników do jego pracy, już na zasadzie przytoczonego wyniku badania drobnowidowego uznać musimy opisany przez nas polip za nowotwór mięszany z mięśniami prążkowanymi.

Zkąd i w jaki sposób mógł się rozwinąć wzmiankowany nowotwór? Wobec tego, iż w górnej części przełyku błona mięsna jest utworzona z mięśni prążkowanych, a nawet, jak twierdzą Ficinus i Coakley, pojedyncze włókna mięśni prążkowanych spotykają się w błonie mięsnej całego przełyku aż do wpustu, najprościej ze względu właśnie na obecność tych mięśni w nowotworze byłoby przypuścić, iż punktem wyjścia polipa była w danym przypadku błona mięsna przełyku; najszczegółowsze jednak poszukiwania w tym kierunku nie zdołały wykazać żadnego związku opisanego nowotworu z warstwą mięsną, co było widocznem już i makroskopowo, gdyż polip dawał się łatwo unosić na szypule, pociągając za sobą tylko błonę śluzową sąsiednich części; wobec tego punktu wyjścia polipa szukać musimy w samej błonie śluzowej. Że zaś w błonie śluzowej ani w życiu pozapłodowem, ani w płodowem, mięśni prążkowanych nie znajdujemy, musimy więc uważać znajdujące się w naszym nowotworze mięśnie prążkowane jako twory heteroplastyczne.

Obecność tutaj mięśni prążkowanych możnaby tłómaczyć metaplazyą mięśni gładkich (w *muscularis mucosae)*, dotychczas jednakże nikt nie udowodnił, aby przekształcenie takie było możliwe; nie chcąc zaś zbytnio rozszerzać tej pracy, zmuszony jestem pominąć tutaj dowody, tylokrotnie zresztą przytaczane przeciw teoryi metaplazyi (w szerokiem tego słowa znaczeniu). Natomiast zupełnie jasnym staje się nasz przypadek, gdy przyjmiemy zarodkowe pochodzenie guza, a mianowicie gdy postaramy się go wyjaśnić w myśl zapatrywań, głoszonych przez Wilmsa.

Jak wiadomo Wilms wyprowadza nowotwory mięszane narządów moczopłciowych, sutków, ślinianek, podniebienia z ognisk, pochodzących z życia zarodkowego. Podczas jednak, gdy Cohnheim, pierwszy twórca teoryi zarodkowego pochodzenia nowotworów, — szuka ich przyczyny „in der Versprengung des Keimes in ein ihm nicht zusagendes Gebiet“, to Wilms przyjmuje, „dass der undifferenzierte embryonale Keim, nachdem er bei der Entwickelung beiseite geschoben, ausgeschaltet worden ist, den Anschluss an die seiner Entwickelungsstufe entsprechenden Zellen nicht erreicht hat, und nun früher oder später bei seinem Wachstumsversuch sich einem Gewebe und Bedingungen gegenübersieht, die ihm eine normale Differenzierung nicht ermöglichen... Wir sehen also wesentliche Ursache der Tumorbildung in dem Beiseiteschieben und der dadurch veranlassten verspäteten Wucherung des Keimes, mit einem Wort in einer Art Keimausschaltung, d. h. Ausschaltung aus dem Wachstum des normalen Zellverbandes. Die Keime brauchen durchaus nicht verlagert, versprengt zu werden“. Jednem słowem, podczas gdy Cohnheim, przyjmując zarodkowe pochodzenie nowotworów wogóle, zwraca główną uwagę na heterotopię ognisk zarodkowych, Wilms odnośnie do nowotworów mięszanych uwzględnia przedewszystkiem heterochronię tych ognisk. Twierdzenie swoje opiera Wilms

na wyniku szczegółowych badań całego szeregu nowotworów mięszanych, w których stale obok tkanek już wykształconych, zróżniczkowanych, spotykał młodą, niezróżniczkowaną jeszcze tkankę zarodkową *(junges indifferentes Keimgewebe)*, już to w postaci luźnej tkanki komórkowej, już też w postaci tkanki śluzakowatej, niczem się nie różniącej od tkanki mezenchymalnej. Tkanka ta, pozostając niezróżniczkowaną, niejako w stanie utajonym w ustroju, zresztą prawidłowo się rozwijającym, pod wpływem bliżej nam nieznanych czynników ulega po pewnym czasie rozrostowi i różniczkowaniu, dając wtedy początek różnym tkankom, zależnie od swego pochodzenia. Jeden z ważniejszych zarzutów przeciw tego rodzaju zapatrywaniom na pochodzenie nowotworów mięszanych — obecność w przerzutach lub nawrotach nowotworu takich tworów heteroplastycznych (np. mięśni prążkowanych), jakich w ogniskach pierwotnych nie znaleziono, — zbija Wilms bardzo dowcipnie, a nawet wyzyskuje ten zarzut na poparcie swojej teoryi: przerzuty i nawroty nowotworu rozwijać się mogą również z niezróżniczkowanej młodej tkanki zarodkowej, która może wytwarzać wszelkie rodzaje tkanek, do wytwarzania których jest zdolna ze względu na swoje pochodzenie z blaszek zarodkowych, a więc również dać może początek tkance, która nie wytworzyła się w ognisku pierwotnem.

Zapatrywania Wilmsa dają się w całej rozciągłości zastosować do opisanego wyżej przypadku, jak i do przypadku Wolfensbergera. W przypadku naszym znaleźliśmy cały szereg ognisk o utkaniu młodej tkanki zarodkowej z obfitemi figurami karyokinetycznemi, a więc tkanki rozwijającej się, rozrastającej, oraz ognisk o utkaniu tkanki śluzakowej, wysoce przypominającej tkankę mezenchymalną. Wolfensberger wprawdzie wyraźnie o ogniskach takich nie wspomina, mówi jednakże o obecności komórek okrągłych wśród utkania właściwego nowotworu, oraz o obecności ogniska o utkaniu śluzakowem w obrębie przerzutu nowotworowego w gruczole chłonnym. W obydwu przypadkach, t. j. moim i Wolfensbergera, znajdowały się twory pochodne mezenchymy, jako to: naczynia z mięśniami gładkimi, włókna tkanki łącznej; obecność mięśni prążkowanych świadczy o tem, iż wśród przesuniętej tkanki zarodkowej znajdować się musiały pochodne myotomu, wogóle więc nowotwór w przypadku zarówno naszym, jak i Wolfensbergera, rozwinął się z pierwiastków pochodzenia mezodermalnego.

Kiedy i przy jakiej sposobności wyodrębnienie tych pierwiastków i powstrzymanie ich w rozwoju mogło mieć miejsce? — W przednim odcinku pierwotnej cewki jelitowej, z którego rozwija się przełyk, zachodzi cały szereg procesów, które dać mogą powód do takiego wyodrębnienia: wytwarzanie się jamy ustnej, oraz łuków skrzelowych, powstawanie gruczołu tarczowego, grasicy, — oto cały szereg procesów, przy których takie wyodrębnienie może mieć miejsce; z ognisk takich jednakże mogłyby się rozwinąć następnie nowotwory tylko w obrębie gardła, oraz górnej części przełyku [1]). Prócz tego jednakże, jak nas uczy historya rozwoju, bezpośrednio poza nieparzystym zawiązkiem gruczołu tarczowego wytwarza się na brzusznej (wentralnej) ścianie przedniego odcinka cewki jelitowej rynienkowate wypuklenie, które w dalszym rozwoju daje początek całemu narządowi oddechowemu, z biegiem czasu całkowicie oddzielającemu się od cewki jelitowej. Otóż przy tem wytwarzaniu się narządu oddechowego i oddzielaniu się go od cewki jelitowej łatwo przyjść może do wyodrębnienia pewnej ilości tkanki mezodermalnej, która w stanie niezróżniczkowanym pozostaje w obrębie błony śluzowej późniejszego przełyku. Ta okoliczność, iż nowotwory mięszane w obydwu przypadkach (Wolfensbergera i moim) wychodziły z przedniej ściany przełyku, również przemawiać się zdaje za naszem przypuszczeniem. Wzgląd, iż w przypadku Wolfensbergera znajdował się właściwie cały szereg nowotworów mięszanych na przedniej ścianie przełyku, w moim zaś przypadku znajdowały się również na przedniej ścianie 2 polipy, zdaje się przemawiać za tem, iż w przypadkach tych zostało wyodrębnionych kilka ognisk niezróżniczkowanej tkanki mezodermalnej w różnych miejscach pierwotnego rynienkowatego wypuklenia brzusznej (wentralnej) ściany cewki jelitowej, które następnie skutkiem olbrzymiego stosunkowo rozrostu bardzo małego pierwotnie odcinka cewki jelitowej, dającego początek przełykowi, oddaliły się od siebie i były punktem wyjścia oddzielnych nowotworów. Tym znacznym stosunkowo późniejszym rozrostem górnego odcinka cewki jelitowej tłómaczy się również obecność tych nowotworów w dolnej części przełyku, a więc na pierwszy rzut oka daleko od miejsca wytwarzania się narządu oddechowego; że zaś takie nawet bardzo znaczne późniejsze przesunięcie pewnych ognisk zarodkowych może mieć miejsce, świadczą najlepiej trzustki dodatkowe, spotykane na bardzo rozległej przestrzeni w ścianach jelita cienkiego; naturalna tylko rzecz, iż przesunięcie takie ma pewne ściśle określone granice; podobnie jak trzustki dodatkowe nie mogą się rozwijać poniżej uchyłka Meckela, tak samo ogniska wyodrębnione przy oddzielaniu się narządu oddechowego od cewki jelitowej nie mogą schodzić poniżej wpustu żołądka, gdyż wytwarzają się powyżej niego; ta zaś część pierwotnej cewki jelitowej, która w dalszym rozwoju daje początek żołądkowi, w tworzeniu narządu oddechowego udziału nie przyjmuje.

Samo się przez się rozumie, iż w myśl teoryi Wilmsa w nowotworach mięszanych przełyku, podobnie jak i w nowotworach mięszanych innych narządów, prócz tkanek znalezionych w naszym przypadku spotkać się możemy i z innemi tkankami, przedewszystkiem zaś z włóknami sprężystemi, chrząstką i t. d., a to zależnie od charakteru przesuniętego ogniska. Idąc nieco dalej, przypuścić musimy możliwość wytwarzania się w przełyku nawet nowotworów potworniakowatych.

Jedna jeszcze okoliczność zarówno w naszym jak i Wolfensbergera przypadku jest niezwykłą, a mianowicie wiek chorego (75 lat u Wolfensbergera, 68 lat w moim przypadku): jak wiadomo, nowotwory mięszane

[1]) Z nowotworami takimi (mięszanymi) rzeczywiście spotykamy się w obrębie gardła, jak o tem świadczy przypadek spostrzegany przez Meyersona i Przewoskiego (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1897 str. 788): w przypadku tym w gardle po lewej stronie na wysokości 2—4 kręgu szyjnego znajdował się polip, w którym badanie drobnowidowe wykazało obecność najrozmaitszych tkanek jako to: tkanki łącznej, chrząstki, tkanki tłuszczowej, mięśni gładkich, włókien sprężystych, włókien nerwowych, gruczołów surowiczych i t. d., a więc nowotwór mięszany, dający się wytłómaczyć należycie również jedynie na podstawie teoryi Wilmsa. *(Przyp. autora).*

spotykają się zwykle w wieku młodym, zwłaszcza zaś u dzieci. Okoliczność ta mogłaby być wyzyskaną jako dowód przeciw zarodkowemu pochodzeniu tych nowotworów; wiemy jednakże, że np. t. zw. piętna rodzime, pochodzące z życia zarodkowego, o ile dają początek rzeczywistym nowotworom, przechodzą w takowe dopiero w późniejszym wieku, podobnież i t. zw. płodziaki (*embryomata*) w jajnikach rozwijają się zwykle dopiero w okresie pokwitania; z drugiej strony, jak wiemy, z tego rodzaju zjawiskiem spotykamy się już i w warunkach fizyologicznych: zęby mądrości, oraz włosy na twarzy, pod pachami i na częściach sromnych rozwijają się dopiero w wieku dojrzałości płciowej, mimo iż zawiązki ich istniały niewątpliwie już w życiu płodowem, a więc ogniska, pochodzące z życia zarodkowego, mogą bez wszelkiej wątpliwości pozostawać długi czas niezmienione, a przynajmniej wzrastać bardzo powoli, później zaś pod wpływem bliżej nam nieznanych czynników ulegać bardzo szybkiemu rozrostowi. Wreszcie zwrócić musimy uwagę na niekorzystne bądź co bądź warunki wzrostu nowotworów polipowatych w przełyku; doszedłszy pewnych rozmiarów nowotwór taki utrudnia przechodzenie pokarmów i jest do pewnego stopnia narażony na uszkodzenie mechaniczne; zatrzymujące się resztki pokarmów ulegają gniciu, skutkiem czego powierzchowne warstwy nowotworu obumierają, co naturalnie powstrzymywać musi szybki rozrost nowotworu, zwłaszcza że, jak to twierdzi Wilms, rozrastająca się najsilniej młoda niezróżniczkowana tkanka zarodkowa znajduje się głównie w częściach obwodowych nowotworu; niszczenie więc tej tkanki musi znacznie opóźniać rozrost nowotworu. W naszym przypadku wprawdzie w częściach obwodowych znaczniejszego nagromadzenia młodej tkanki zarodkowej nie znaleźliśmy, mogło to jednak być właśnie skutkiem obumarcia powierzchownych warstw nowotworu.

Czy nowotwory mięszane są rzeczywiście tak wielką rzadkością w obrębie przełyku, jak możnaby sądzić ze skąpego pod tym względem piśmiennictwa (2 przypadki: Wolfensbergera i mój)? — niewątpliwie są one, jak i wogóle polipy przełyku, bardzo rzadkie; po części jednakże rzadkość ta może być zależną od pobieżnego zwykle badania przełyku, co łatwo dać może powód do przeoczenia mniejszych zmian; z drugiej zaś strony przy badaniu drobnowidowem ograniczamy się zwykle do badania małych skrawków, co może być przyczyną pomieniania danego nowotworu z mięsakiem wrzecionowatokomórkowym lub innym nowotworem, zależnie od miejsca, z którego dany kawałek wycięto. Że pomyłki takie są możliwe, przekonałem się z własnego doświadczenia właśnie w tym przypadku: badając początkowo ten nowotwór na skrawkach tylko z paru miejsc, uważałem go pierwotnie za mięsaka wrzecionowatokomórkowego z komórkami olbrzymiemi i nawet jako taki przedstawiłem ten przypadek w krak. Towarzystwie lekarskiem. Dopiero późniejsze badanie skrawków z różnych części nowotworu i wykazanie mięśni prążkowanych naprowadziło mnie na właściwe tory.

Nowotwory te nie są pozbawione również znaczenia klinicznego: w obydwu tych przypadkach były one przyczyną śmierci skutkiem zagłodzenia ustroju. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tym nowotworem, a innymi nowotworami przełyku (rakami) za życia, wydaje mi się obecnie jeszcze niemożliwem, co jednak byłoby ważnem ze względu na leczenie: przy polipach, umieszczonych tak nizko, jak to było w moim przypadku, możnaby stosunkowo łatwo dojść do nowotworu od strony żołądka i usunąć polip, odciąwszy szypułę. Zresztą i wykonana we właściwym czasie gastrostomia winnaby dać lepsze rokowanie, niż to ma miejsce przy raku, gdyż nowotwór ten pod względem złośliwości (o ile sądzić można z tych 2 przypadków i z małej wogóle złośliwości tego rodzaju nowotworów) nie może się równać z rakiem; szkodliwym zaś jest głównie ze względu na usadowienie w przełyku i utrudnienie dowozu pokarmów. Być może, do rozpoznania różniczkowego w takich razach dałby się do pewnego stopnia wyzyskać niestosunek między objawami podmiotowymi (utrudnione połykanie), a badaniem zgłębnikiem (zgłębnik napotyka wprawdzie na opór, dający się jednak łatwo przezwyciężyć), który to niestosunek w obydwu przypadkach był wybitnie zaznaczony. Z drugiej strony do właściwego rozpoznania przyczyniłby się mogła esofagoskopia, oraz badanie za pomocą promieni Roentgena.

Na zakończenie poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania czcigodnemu memu Szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia powyżej opisanego przypadku i cenne wskazówki.

Piśmiennictwo. 1) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. pathol Anat. II B. S. 618. Lipsk 1895. 2) Coakley i Ficinus: Przytoczeni podług Köllikera Handbuch der Gewebelehre des Menschen VI wyd. 1899 III tom. 3) Coats: Glasgow med. Journ. 1872 (refer. w Virchow-Hirsch Jahresb. za r. 1872 T. II. str. 154). 4) Dallas: Przytoczony u Königa. 5) König: *a)* Pitha Billroth Handb. d. allg. u. speciell. Chir. T. III 16. *b)* Lehrbuch d. spec. Chirurgie T. I Berlin 1898 (VII wyd.). 6) Meyersohn i Przewoski: Pamiętn. Warsz. Tow. Lek. 1897 str. 788. 7) Middeldorpf: De polypis oesophagi Schm. Jahrb. T. 99. 1858. 8) Ogle C.: Patholog. transact. 1897 T. 47 (refer. w Virchow-Hirsch Jahresber. za r. 1897). 9) Pringle: Przytoczony u Königa. 10) Weigert: Virchows Archiv T. 67. 11) Wilms: Die Mischgeschülste I—III Zeszyt 1899—1902. 12) Wolfensberger: Zieglers Beitr. T. XV.

IV. Z kliniki lekarskiej prof. dra Glzińskiego we Lwowie.

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał

Dr. Henryk Berger

c. i k. lekarz pułkowy.

(Dokończenie).

Działanie żelatyny stosowanej przy tętniakach musimy omówić osobno, tu bowiem działa ona lub też ma działać na mocy swych własności krzepliwych (koagulacyjnych). Nad temi własnościami żelatyny już od pierwszych prób Lancereaux i Paulesa robiono liczne doświadczenia, które do dziś dnia nie ustały, jak tego dowodzi niedawno ogłoszona praca Krokiewicza.[6]) Wyczerpującą w tym względzie pracę zawdzięczamy Sorgo[7]), który już w roku 1899 pierwsze doświadczenia francuzkich autorów krytycznie zestawił i wypowiedział zdanie, iż wywołanie skrzepu w workowatym tętniaku jest bardzo możliwe[8]). Swoje własne, oparte na 24 przypadkach, spostrzeżenia przedstawia w następującem zdaniu: Na 18 przypadków workowatych tętniaków

[6]) Gazeta lekarska W. 19. 20. r. 1901.

[7]) Mittheilungen aus des Grenzgebieten B. VI. H. 3.

[8]) Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1899 II. B. Styczeń.

udało się 13 razy wytworzyć skrzep, w 16 zaś przypadkach jednostajnego rozdęcia wynik był ujemny. Inni autorowie nie zwracają uwagi na te 2 rodzaje tętniaków i przedstawiają rozmaite wyniki stosowania żelatyny. Kalendro[9]) wspomina o ogólnem polepszeniu w przypadku tętniaka po przebytej kile, gdzie leczenie przeciwkiłowe zawiodło. Objawy chorobowe znikły po pięciu wstrzyknięciach żelatyny. Leyden[10]) nie otrzymał po 7 wstrzyknięciach żadnego wyniku, a początkowe pozorne polepszenie odnosi do działania sugestyi. Tak samo nieprzychylnie wyrażają się Golubinius i Huchard[11]), podczas gdy Lancereaux[12]) przedstawił na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej 37-letniego chorego z tętniakiem, który po 36 wstrzyknięciach został uwolniony od wszelkich przypadłości, równocześnie przedstawił L. preparat tętniaka, pochodzący od jednego z pierwszych chorych, leczonych żelatyną, w którym to tętniaku było widać wypełnienie starym nader silnym skrzepem.

Z tego krótkiego przeglądu widać, jak różnie przedstawiają się dotychczasowe wyniki. Spostrzeżenia nasze są następujące.

Przypadek X. *M. W.* lat 58. Od kilku lat doświadcza bicia serca i duszności przy najmniejszym wysiłku fizycznym. Zeszłego roku wystąpiły bole w stanie barkowym prawym, poczem zauważyła chora drętwienie palców prawej ręki. Od miesiąca ma trudności przy połykaniu. Mierny stopień alkoholizmu. Pytaniom w kierunku kiły zaprzecza.

Górna część klatki piersiowej okazuje wstrząśnienie współczesne z uderzeniem serca. Uderzenie koniuszkowe w IV. przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej; stłumienie serca od dolnego brzegu mostka, na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem. Na rękojeści mostka stłumienie, rozciągające się na prawo, w temże miejscu największe wstrząśnienie. W dołku nadmostkowym (jugulum) wyczuwalne tętnienie. Przysłuch wykazuje: nad koniuszkiem serca 1-szy ton obok szmeru, 2-gi ton nieczysty; nad tętnicą płucną 1-szy szmer, 2-gi ton; nad aortą skurczowy szmer, przy 2 gim silnie zaostrzonym tonie słyszalny szmer. To samo nad rękojeścią mostka. Tętnica sprychowa i łuk dłoniowy (arcus volaris) wyczuwalne, twarde. Ostatnie członki palców zgrubiałe, sine. Tętno 85.

Rozpoznanie: *Atheroma aortae subsequente aneurysmate aortae ascendentis et arcus aortae.*

10/7. Wstrzyknięto 200 grm. 2% rozczynu żelatyny w prawe podudzie.

11/7. W nocy silne bóle w prawem podudziu, stan bezgorączkowy.

12/7. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, ciepłota prawidłowa. Tętnienie w górnych częściach klatki piersiowej, jak poprzednio. Podmiotowo chory czuje się lepiej.

13/7. Bolów niema. Przedmiotowo nic nie zmieniono.

19/7. II. wstrzyknięcie 200 grm. 2% rozczynu żelatyny w podudzie lewe.

20/7. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, jednak mniej, niż po pierwszem wstrzyknięciu. Ciepłota prawidłowa.

22/7. Ani podmiotowo ani przedmiotowo niema polepszenia.

23/7. Ogólny stan gorszy.

24/7. Duszność większa.

25/7. Wśród duszności śmierć.

Przy sekcyi nie znaleziono w worku tętniaka świeżych skrzepów krwi. Godnym uwagi w tym przypadku jest prawidłowy stan ciepłoty.

Przypadek XI. *J. W.* lat 45. Wywiady niejasne. Do zakażenia kiłowego i nadużycia wyskoku nie przyznaje się. Chory zgłosił się do kliniki z powodu silnego kaszlu, bólu głowy i bolesnego tętnienia w klatce piersiowej.

Naczynia szyjne wyraźnie tętnią. Na przedniej ścianie klatki piersiowej w okolicy rękojeści mostka wypuklenie i wyraźnie wyczuwalne tętnienie. W tymże miejscu stłumienie. Przysłuchem stwierdzamy nad zastawką dwudzielną 1-szy ton nieczysty, 2-gi ton; nad tętnicą płucną 2 tony; nad aortą skurczowy szmer, 2-gi ton wyraźnie zaostrzony. Tętno 106, słabo napięte czasem przepuszczające. Tętnienie w naczyniach obwodowych.

[9]) Klinisch therapeut. Wochenschrift 1900 Nr. 4.
[10]) Verein für innere Medizin, posiedzenie dnia 15/1 1900.
[12]) Semaine medicale 1900 Nr. 25, Nr. 29.

Rozpoznanie: *Aneurysma aortae ascendentis e processu atheromatoso.*

29/5. Wstrzyknięto 200 grm. 2% żelatyny w lewą łydkę.

30/5. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, bez odczynu. W 3 godziny po wstrzyknięciu wystąpiły lekkie dreszcze, poczem ciepłota podniosła się do 38·5°.

31/5. Miejsce wstrzyknięcia niebolesne i bez odczynu. Ciepłota przez dzień jeszcze lekko podniesiona, wieczorem wynosi 36·9. Tętno 102. Mocz bez białka.

1/6. Chory podaje, że podmiotowo czuje się lepiej.

2/6. Tętnienie pozornie mniejsze. Chory czuje się znacznie lepiej, w nocy śpi dobrze.

4/6. Stan niezmieniony.

5/6. Na powtórne wstrzyknięcie chory zgodzić się nie chce i opuszcza klinikę na własne żądanie w stanie podmiotowo polepszonym.

Przypadek XII. *M. J.* lat 46. Przypadłości chorego datują się od 6 lat. Wówczas zauważył on tętnienie w górnej części klatki piersiowej, nie zwracał jednak na to uwagi. W ciągu bieżącego roku wystąpiły bóle w okolicy mostka, które się napadowo wzmagały i rozpromieniały aż do pleców i ramienia lewego. Do tych objawów przyłączył się wkrótce ból w jednej połowie głowy, oraz duszność, które choremu spać nie dozwalały i skłoniły chorego do zgłoszenia się do kliniki. Od 7 lat nadużywał napojów wyskokowych.

Klatka piersiowa po stronie lewej od przyczepu 2-go żebra wysklepiona. Uderzenie koniuszkowe niemacalne i niewidzialne. W 3 i 4-tym przestworze międzyżebrowym rozległe tętnienie, wyraźnie wyczuwalne, również w dołku nadmostkowym. Serce w rozmiarach powiększone. Przysłuchem stwierdzamy nad zastawką dwudzielną 1-szy szmer, 2-gi nieczysty ton; nad tętnicą płucną 1-szy szmer, 2 gi głośny ton; nad tętnicą główną 1-szy szmer, 2-gi głuchy ton. Szmer najwyraźniej słyszalny nad rękojeścią mostka, różni się od szmeru nad końcem serca. Wysłuchać można również szmery w tętnicach szyjnych. Tętnice skroniowe miernie pokręcone. Tętno miernie napięte, równoczasowe.

Rozpoznanie: *Aneurysma aortae ascendentis et arcus.*

5/1. O godz. 12 w południe wstrzyknięto 120 grm. 2% żelatyny. Około godziny 3-ciej dreszcze, o 4-tej ciepłota podniosła się do 38·8°, a o 5-tej do 40°. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

6/1. Ciepłota ranna 38·4, spada ku wieczorowi na 37·6. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu i nieznacznie bolesne.

7/1. Ciepłota prawidłowa. Bolesności niema.

12/1. Chora przedmiotowo czuje się lepiej. Objawy duszności są widocznie mniejsze, również miał się zmniejszyć ból w górnej części klatki piersiowej.

13/1. Wstrzyknięto powtórnie 100 grm. 2% żelatyny. Ciepłota podniosła się jak po 1-szem wstrzyknięciu. Wieczorem w miejscu wstrzyknięcia silne bóle.

14/1. Ciepłota podwyższona, najwyższa 38·6. Miejsce tętniące bolesne. Miejsce wstrzyknięcia nieznacznie bolesne.

15/1. Ciepłota prawidłowa, bolesności niema.

19/1. Ostatnie dwie noce chora spała dobrze, czuje się podmiotowo znacznie lepiej, nieprzyjemne uczucie tętnienia mniejsze, a i podmiotowo daje się to zmniejszenie stwierdzić. Przysłuchem stan niezmieniony.

20/1. Poraz trzeci wstrzyknięto 100 grm. 2% żelatyny przy ciepłocie 36·3. W 4 godziny potem dreszcze. Najwyższa ciepłota 40. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

21/1. W miejscu wstrzyknięcia znaczny ból i silne zaczerwienienie. O 2 godz. popołudniu 38·5 tętno 100.

23/1. Wczoraj w południe ciepłota spadła do prawidłowej i utrzymuje się do dziś. Zaczerwienienie ustąpiło również pod okładami z rozczynu Burowa. Dziś miejsce wstrzyknięcia bez bólów.

28/1. Przedmiotowo stan zupełnie dobry. Od czasu do czasu bóle rozchodzące się od przodu klatki piersiowej do prawej łopatki. Chora chodzi bez zmęczenia po pokoju. Sen dobry.

1/2. Wstrzyknięto poraz 4-ty 150 grm. 2% żelatyny. W 4 godz. potem silne dreszcze, trwające prawie godzinę, poczem ciepłota podniosła się do 40·1. Wieczorem silny ból w miejscu wstrzyknięcia.

2/2. Ciepłota spadła popoł. do 37·0 Bole daleko mniejsze. Od 2/2 stan bezgorączkowy.

2/6. Od czasu do czasu, jednak daleko rzadziej jak przedtem, występują bole w przedniej części klatki piersiowej.

Duszności chora nie miewa. Spi dobrze.

Chora może przez dłuższy czas spacerować po pokoju bez zmęczenia i nieprzyjemnego uczucia w okolicy serca. Przedmiotowo stwierdzamy wyraźne zmniejszenie się tętnienia.

Tętno miarowe, dobrze napięte 80.

10/2. Stan niezmieniony. Chora z polepszeniem opuszcza klinikę.

Z małej ilości przeczemnie obserwowanych przypadków nie mogę wysnuć wniosków ani ujemnych ani dodatnich co do działania wstrzykiwań żelatyny.

Tyle tylko można powiedzieć, że stosowanie jej, dla ustroju jest nieszkodliwe, a w przypadkach znacznych krwotoków, gdy inne środki zawodzą, winna być stosowaną, w przypadkach zaś tętniaków może być użyta.

V. Wyciągi.

Edinger. **O migrenie.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Z. 39). Autor sądzi, że $^2/_5$ bólów głowy przypada na migrenę. Bóle głowy o typie migreny zdarzają się w padaczce, w nawrotowem porażeniu nerwu okoruchowego, w otruciu nikotyną, a może i w ciężkich przypadkach macinnicy. Typowe napady migreny zaczynają się najczęściej rano i trwają cały dzień. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że wobec istniejącego usposobienia przepracowanie umysłowe i fizyczne może wywołać tę chorobę. Pojedyncze napady mogą powstać krótko przed miesiączkowaniem, albo wywołują je dłuższa jazda koleją, dłuższy pobyt w zamkniętych, źle wietrzonych miejscach, u niektórych już powstaje napad z powodu zaparcia żywota, podczas wielkich upałów, u innych zmartwienie, wzruszenie, użycie choćby małych ilości alkoholu lub tytoniu, nagłe przebudzenie rano, a nawet niedotrzymanie stałej pory posiłkowej wystarczy do wywołania ciężkiego napadu migreny. Są pacyenci, u których blask świateł na koncertach i w teatrach powoduje napad, a są i tacy, u których wytężająca wzrok praca podobnie działa.

Przeciw usposobieniu należy działać przez wzmocnienie i higieniczne wychowanie rodzin. Ludzie z rodzin, w których panuje migrena, muszą się liczyć z tem przy obieraniu zawodu. Najczęściej zdarza się migrena u osób pracujących umysłowo. Z uwagi, że ludzie cierpiący częściej na migrenę nie powinni nigdy pracować z próżnym żołądkiem, poleca autor co dwie godziny posilać się choćby kawałkiem sucharka, czokolady lub łykiem mleka. Także nocną przerwę w jedzeniu dobrze będzie skrócić przez spożycie talerza kaszki przed zaśnięciem, paru sucharków lub czegoś podobnego. Jeżeli chorzy przy przebudzeniu się lub w nocy mają przeczucie zbliżającego się napadu, nie powinni nawet głowy podnosić, dopóki nie wypiją trochę mleka, lub czegoś podobnego. W ten sposób uda się często zapobiedz, lub odwlec napad.

Oczywiście nie zawsze napady są równie silne; zdarzają się napady lekkie, ale niestety i bardzo ciężkie, trwające kilka dni i nocy. Wielu pacyentów żali się na uczucie zimna w nogach i są wogóle skłonni do ziębienia podczas całego napadu. Jeżeli chory już wieczorem przeczuwa napad, podaje mu się przed uśnięciem 2,0—3,0 grm. bromku potasowego w płynie, i powtarza się to przez kilka dni; można dodać 0,5 wodnika chloralu. I słabe prądy stałe, stosowane na szyję, zmniejszają znacznie liczbę napadów. Jeśli rano okażą się objawy zbliżającego się napadu, które chory zwykle już zna dobrze, powinien on leżąco jeszcze coś zjeść i zażyć potem 0,75—1,0 antypiryny. Często świetny skutek tego środka tylko dlatego nie następuje, bo nie przypominamy chorym, że muszą potem całą godzinę leżeć spokojnie. Jeżeli przez ten czas uda im się zasnąć, napad będzie przerwany, albo przebieg jego będzie przynajmniej o wiele łagodniejszy. Jeśli zaś napad już nastąpił, możemy go tylko złagodzić i do tego poleca E. następujące proszki: *Rp. Antipyrini 0·5, Pastae guaranae 0·3, Coffeini citr. 0·02. F. pulv. d. t. dos. Nr. S. zażyć jeden proszek, lub dwa z przerwą jednogodzinową.*

W przypadkach najcięższych poleca E. 0,015—0,02 morfiny podskórnie, bez której nie przystąpiłby do leczenia tych przypadków. Działają one tak przygnębiająco na usposobienie chorego, bóle są tak gwałtowne, zaburzenie ogólne przez wymioty i upośledzone odżywienie tak znaczne, że wstrzyknięcie morfiny jest tu zupełnie usprawiedliwione. Morfinizmu w tych przypadkach obawiać się nie trzeba i nie zna też E. ani jednego takiego przypadku: natomiast ból i mdłości znacznie ustępują.

Czy prawdziwa migrena może powstać z choroby nosa, nie jest jeszcze zupełnie rzecz wyjaśniona: autor nie widział ani jednego przypadku, w którymby operacya w nosie usunęła migrenę. Niezbyt rzadko migrena zwiastuje się prawie wyłącznie w zaburzeniach oczu; może ona wywołać przejściową utratę mowy, a po długotrwałych, nadzwyczaj częstych napadach, spostrzegano także zaburzenia ruchowe, jak niedowład połowiczy, a także drgawki w pojedynczych członkach. Bywają napady migreny, w których zaburzenia wzroku, nagłe osłabienie i zajęcie głowy tak wielką odgrywają rolę, że możnaby je uważać za niedoszłe napady padaczkowe. Z drugiej strony ważne są spostrzeżenia, że padaczka może się rozpocząć mroczkami, a nawet prawdziwym napadem migreny. Choć związek, zachodzący między padaczką a migreną nie jest jeszcze wcale wyświetlony, sądzi jednak E., że w obu tych chorobach można przyjąć czasami tę samą przyczynę, a raczej to samo usposobienie układu nerwowego. *Dr. Fels.*

Dr. Placzek (Berlin). **Nowa próba płucna.** (*Münchener med. Wochenschrift* N. 7, 1902). Omówiwszy pokrótce próbę płucną, względnie ujemne jej strony, próbę żołądkowo-jelitową i nieużywane już dzisiaj liczne inne t. zw. próby życiowe, wyjaśnia autor podstawy, na których oparł swoją nową próbę płucną.

Powietrze, które raz dostało się do płuc, nie znika z nich zupełnie nawet w zwłokach, o ile klatka piersiowa jest nienaruszoną, a objętość płuc nawet po najgłębszym wydechu jest większą od objętości płuc, które nie oddechały. To samo odnosi się i do pojemności klatki piersiowej. W płucach istnieje jednak dążność do zapadnięcia i oddalenia się od ścian klatki piersiowej, do czego dopomaga elastyczność płuc, oraz działanie mięśni gładkich, przebiegających wśród włókien tkanki łącznej międzypęcherzykowej. Następstwem tej dążności do zapadania jest wytworzenie się w klatce piersiowej ujemnego ciśnienia, które można zmierzyć, wprowadzając szczelnie ramię manometru. Różnica w ciśnieniu wynosi 2—5 mm. Okoliczność ta, iż w klatce piersiowej, zawierającej płuca powietrzne, panuje ciśnienie ujemne, zmusza do przyjęcia, iż w klatce piersiowej, zawierającej płuca bezpowietrzne, panuje ciśnienie = 0. Na tej właśnie różnicy w ciśnieniach opartą jest nowa próba płucna autora, którą wykonywa w następujący sposób. Cięcie skórne prowadzi od brody do rękojeści mostka, poczem, odsłoniwszy tchawicę, dokładnie ją podwiązuje. Następnie oddziela skórę klatki piersiowej, uważając, by nie naciąć żebra i wkłówa do klatki piersiowej trójgraniec, posiadający lekko zakrzywiony koniec, na 1 do $1^1/_2$ cm. w głąb 3-go lub 5-go międzyżebrza w środku między linią pachową a sutkową. Trójgraniec łączy się zapomocą rurki kauczukowej z manometrem. Jeśli w manometrze, mianowicie w jego ramieniu, połączonem z trójgrańcem, rtęć się podnosi, dowodzi to, iż w klatce piersiowej panuje ciśnienie ujemne, a tem samem, iż dziecię oddechało, jeśli zaś rtęć pozostaje w spokoju, w takim razie ciśnienie równa się zeru, płuca więc są zupełnie bezpowietrzne. Próbę tę poleca wykonywać obustronnie. Jako zalety próby podnosi, iż można ją kontrolować próbą płucną, oraz sekcyą płuc, że wykonanie jej jest nadzwyczajnie łatwe, a narzędzia do jej wykonania potrzebne są łatwo dostępne. Wszystkie badania autora wypadły pomyślnie; żąda on jednak ich potwierdzenia, zwłaszcza w dwóch kierunkach, mianowicie w przypadkach bardzo małej zawartości powietrza w płucach, zgnilizny, oraz obecności płynu w jamach opłucnowych.

(Opisana powyżej próba, nad którą w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim będą podjęte doświadczenia, jest teoretycznie zupełnie usprawiedliwioną, a i w praktyce może będzie służyć jako dobra próba pomocnicza. *A priori* można jednak już oświadczyć, że wszystkie te zarzuty, jakie są czynione próbie płucnej Schreyera, odnosić się będą i do niej. W pierwszym rzędzie w przypadku ujemnego jej wyniku nie da się wykluczyć żywego urodzenia dziecka, bo z całego szeregu przypadków wiadomo, iż płuca powietrzne mogą stać się wbrew twierdzeniu autora skutkiem pośmiertnego znikania powietrza z płuc zupełnie bezpowietrznemi, a nadto nie da się wykluczyć, że dziecię może urodzić się żywem, oddechać, lecz nie wciągać powietrza do płuc skutkiem przeszkód mechanicznych itd. Wynik dodatni nie zawsze pozwoli wykluczyć oddechania wewnątrzmacicznego itp., a że zgnilizna będzie powodować fałszywe wyniki, prawie wątpić nie można. *Przyp. sprawozd.*). *Horoszkiewicz.*

Schirmer. **Rozpoznanie, rokowanie i leczenie zakażonych ran gałki ocznej.** (*Graefes Archiv f. Opht.* 1901, T. 53). Praca obszerna i ilustrowana licznymi opisami przypadków jest z tej przyczyny bardzo ciekawa, że wprowadzając na nowo terapię zachowawczą w przypadkach zakażonych ran oka, wykazuje o ile można obejść się bez zabiegów operacyjnych (wyłuszczenia i wypaproszenia gałki) i jak często do celu doprowadza li tylko umiejętne leczenie zachowawcze.

Skaleczenia gałki są zwykle zakażone, raz silniej, drugi raz słabiej; wywołują jednakże silną reakcyę w postaci zapaleń jagodówki, które może być albo surowicze, albo włóknikowe, albo wreszcie najsilniejsze ropne.

Zapalenia czysto surowicze (*uveitis serosa*) ze złogami na błonie Descemetego są rzadkie, jednakże istnieją niewątpliwie; że zaś ich przebieg jest zwykle łagodny i nie dają powodów do wyjęcia gałki, dlatego też S. krótko się niemi zajmuje. O wiele więcej są ważne zapalenia włóknikowe (*uveitis traumatica fibrinosa*). Zapalenie to prowadzi często do utraty wzroku i nieraz do spółczulnego zapalenia oka drugiego — fakt ten znany jest powszechnie. Ale zapalenie to nie przedstawia zawsze jednolitego obrazu chorobowego. Jedna część okazuje bowiem objawy, gdzie produkty zapalne gromadzą się li tylko w tęczówce, oraz ciałku rzęskowem, jako mniej lub więcej włóknikowa wypocina, przyczem naczyniówka udziału nie bierze. Druga grupa tych zapaleń, okazuje też same objawy, ale przytem jest jeszcze ognisko główne zapalne w ciałku szklistem (*laskörper abscess*), którego rozpoznanie jest bardzo trudne z powodu zasłonięcia źrenicy produktami zapalnymi. Rozpoznanie takiego abscesu ciałka szklistego nie jest niemożliwem, a opierać się należy na następujących danych: najpewniejszą wskazówką jest zbita szara wypocina w komórce przedniej, pojawiająca się w pierwszych dniach zapalenia, przyczem występuje bardzo wyraźna bolesność ciałka rzęskowego; te dwa objawy zjawiają się w zapaleniu włóknikowem zwykłem dopiero w 8—14 dni po urazie i są zwykle pobudką wyłuszczenia gałki.

Wejrzenie brzegów rany nie jest dla nas żadną wskazówką rozpoznawczą, często bowiem rana jest zgojona, a zapalenie błon głębszych oka rozwija się w całej pełni.

Nie opiera się S. także w rozpoznaniu na stanie funkcyi oka, oraz zdolności projekcyi. Póki absces jest mały, może on tej ostatniej wcale nie zmieniać, a obok tego projekcya może być złą wskutek wynaczynienia, nie stojącego z abscesem w żadnym związku przyczynowym. Dalej projekcya zła na szczycie zapalenia, może po zejściu zapalenia wrócić do normy. Ważnem jest dalej rozpoznanie, czy uraz dotknął bezpośrednio ciałko szkliste. S. jest zdania, że absces ciała szklistego tylko wtedy występuje, gdy ciało szkliste bezpośrednio zostało skaleczone.

Zapalenia włóknikowe (czyste, bez abscesu głębokiego) przebiegają bardziej łagodnie. Nieraz upływa 8—15 dni, zanim dojdą do szczytu. Wypocina w p. komórce jest niezbyt obfitą i nie tak zbitą, przyczem jednakże ciało rzęskowe bywa zajęte, czego dowodzą osady (precypitaty) na tylnej ścianie rogówki, bolesność ciała rzęskowego przy dotyku, oraz hipotonia. Zapalenia te jednakże są i tak groźne, prowadząc nieraz do zapalenia spółczulnego, co zresztą ogólnie jest wiadomem. O *uveitis traumatica purulenta* wreszcie wtedy mówimy, gdy obok włóknikowej jest i wypocina ropna w przedniej komórce, lub w ciałku szklistem. *Panophtalmitis* jest zatem tylko wyższym stopniem tegoż zapalenia. Szczegółów tu nie przytaczamy, gdyż znajdują się w każdym podręczniku chorób ocznych; to tylko nadmienić należy, że w tych przypadkach, w których w pierwszych trzech dniach wystąpi silny i obfity włóknikowy, lub włóknikowo-ropny wysięk do prawej komórki, a przez rozszerzoną źrenicę dna nie widać, znajdujemy regularnie absces ciała szklanego.

Najważniejszą częścią pracy S. jest opis terapii. W razach, gdy ranka sama okazuje zakażone brzegi, najlepiej stosować galwanokauter i nie oszczędzać tkanek, — owszem, wprowadzać należy pętlę i głębiej w otoczenie rany, choćby nawet do ciałka szklistego, które ten zabieg dobrze znosi. Przy ranach rogówki dobre usługi oddaje paracenteza, czy to nożem, czy pętlą elektryczną; ta ostatnia robi większy otwór, przez co ciecz wodna dłużej się sączy i korzystnie wpływa na cały przebieg następny zapalenia. Injekcye sublimatu lub soli kuchennej, stosowane podspojówkowo, mogą też nieraz oddać duże usługi, jak i pocenie się.

Najsilniejszym jednak środkiem leczniczym jest rtęć, stosowana w formie wcierań. Autor podaje ten środek w dawkach dużych, bo u mężczyzn dorosłych wciera dziennie 8—9 grm., u kobiet 6—7 grm., a u dzieci 1—3 grm. i to w ten sposób, że połowę tej ilości wcierać zaleca rano, drugą połowę wieczorem tak, że „toura" kończy się w trzech dniach. Dawki są zatem bardzo wysokie; — w razach, gdy chce osięgnąć silniejszą jeszcze merkuryalizacyę, w ciężkich przypadkach zatem, wstrzykuje obok tego miąższowo jodek rtęci (*Hg. bijod. 0·25 Kalijodat. 2·5 Aq. dest. 25·0 S. co dzień jedną pełną strzykawkę Prevaza w pośladki*). Te silne wcierania (toury) powtarza 3—4 razy, aby potem jeszcze podawać 3—4 gramowe wcierki jakiś czas. Autor podaje, że jeśli tak silna terapia rtęciowa zostaje zastósowaną zaraz po urazie, wynik jest pewny. Zawczesne zaprzestanie wcierań prowadzi do nawrotów, które nie zawsze korzystnie się kończą, tak samo za wczesny następowy zabieg operacyjny, np. w celach optycznych. Należy po ustąpieniu zupełnem zapalenia odczekać co najmniej trzy miesiące, by zabieg operacyjny korzystnie wykonać.

Terapia taka daje bardzo dobre rokowanie: autor uzyskał w *nocitis fibrinosa* 60%, a w *uveitis purulenta* 65% trwałych uleczeń, poczem nie wystąpiło ani razu zapalenie spółczulne.

Praca ta powinna dać wskazówkę, żeby z wyjęciem oczów skaleczonych nie spieszyć się. Terapia ta nie jest wcale rzeczą nową; jest raczej tylko wprowadzeniem na nowo terapii zachowawczej, zepchniętej w czasach ostatnich różnymi zabiegami operacyjnymi na plan drugi. *Dr. Brudzewski.*

Van der Stoeve. **O szkodliwem działaniu — naftolu β w dawkach leczniczych na oko ludzkie.** (*Graefes Arch. für Ophth.* 1901, T. 53). Autor podaje w krótkiem doniesieniu do wiadomości, że naftol β, używany jako maść zewnętrznie, może sprowadzić zaburzenia narządu wzrokowego. Wiadomość ta jest o tyle ważną, że dotychczas przypuszczano, iż ten preparat jest dla wzroku nieszkodliwy. Ilustrując tę wiadomość kilkoma opisami przypadków, podaje autor, iż objawy zatrucia tym środkiem są podobne do objawów zatrucia naftaliną; naftalina bowiem, sama bardzo trudno rozpuszczalna, rozkłada się w ustroju na *alfa* — i *beta* — naftol, które są łatwiej rozpuszczalne, i od tych składników zależą właśnie objawy zatrucia: te występują jako zaćmienie soczewki, albo też jako zmiany w siatkówce pod postacią białych drobnych ognisk, zaćmienia tkanki siatkówkowej lub przekrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego; ustępują jednak po przerwaniu podawania naftolu. Objawy te wystąpiły w jednym z opisanych przypadków po dwóch tygodniach używania 10% maści, które wcierano w skórę głowy po 40 grm. dziennie. *Dr. Brudzewski.*

Küster. **O wpływie na płeć noworodków.** (*Klin. therap. Wochenschrift* 1902, Nr. 1). Według autora płeć zależy od większej żywotności plemników lub jajek. Twierdzenie to tłomaczy w następujący sposób: jeżeli plemnik męzki ma wielką żywotność, noworodek będzie płci męzkiej. Jeżeli jednak oba osobniki są równej siły żywotnej, to płeć zależeć będzie od tego, kiedy nastąpiło zapłodnienie. Jeżeli zapłodnienie nastąpiło zaraz, albo jeszcze w czasie regularności, to noworodek będzie płci żeńskiej dlatego, że wtenczas jajka kobiece posiadają większą żywotność od plemników. Przy zapłodnieniu w 10-tym lub 14-tym dniu po regularności większą żywotność posiadają plemniki od jajek kobiecych i w tych przypadkach rodzi się noworodek płci męzkiej. Na dowód tego twierdzenia przytacza przewagę dziewcząt w domach, gdzie spółkowanie odbywa się często, a przewagę chłopców w domach, gdzie spółkują rzadko. Zapłodnienie, które nastąpiło z początku regularności, a więc po stosunku przed peryodem, ma dawać zawsze płeć żeńską dlatego, że tutaj plemniki są słabsze od jajek. W końcu podaje autor sposób, w jaki można wpłynąć na płeć noworodka, to jest uregulować odpowiednio spółkowanie. Jeżeli chodzi o dziewczęta, starać się, aby zapłodnienie nastąpiło podczas, albo zaraz po regularności, jeżeli o chłopców — to dopiero w dni 10 lub 14. *P.*

Dr. J. Schmurlo. **O stanach neurastenicznych na tle zaburzeń nosowych.** (*Medycyna* Nr. 37, 38, 1901). W gubernii samarskiej, gdzie właśnie warunki klimatyczne i gruntowe są stanowczo dla zdrowia niepomyślne, wobec strasznego kurzu i gwałtownych wahań ciepłoty latem, oraz stopnia wilgotności w ciągu całego roku, co w znacznej mierze wpływa na powstawanie częstych nieżytów górnego odcinka dróg oddechowych i gdzie wreszcie kiła jest nadzwyczaj rozpowszechniona, ma autor sposobność częstego spostrzegania chorych, dotkniętych kiłą nosa, prawie wyłącznie trzeciorzędną. Jednocześnie widział S. chorych, którzy pod wpływem ciągłej obawy zarażenia kiłą wpadali w hipochondryę, badali bezustannie swój nos, dręczeni natrętnemi myślami, że nos ich został zeszpecony. Dla ilustracyi przytacza S. trzy historye choroby, w których dominującem cierpieniem była neurastenia, wszakże punktem wyjścia była choroba nosa, która u osłabionych chorych nerwowych wywoływała neurastenię, a w jednym nawet przypadku psychozę, hipochondryę z myślami natrętnemi, których główną treścią była syfilofobia. Leczenie polega prócz usunięcia zasadniczej choroby, t. j. miejscowych zmian zatkania w nosie i t. d., na zastosowaniu metod psychoterapeutycznych, hipnozy, poddawania itp. *Spira.*

Tichonow. **Leukocytoza trawienna.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1901, Nr. 50). T. badał stan leukocytozy trawiennej u 20-tu zupełnie zdrowych osobników w wieku 25—40 lat. Okazało się, że w ciągu 1-ej godziny po spożyciu pokarmu występuje w przeważającej liczbie przypadków hipoleukocytoza; po upływie zaś 1—2 godzin liczba krwinek białych zaczyna stopniowo podnosić się i dochodzi do *maximum* w 3—4 godziny po jedzeniu: przeciętnie zwiększenie wynosi 30%. Hiperleukocytoza zmienia się również przez powolne obniżenie liczby krwinek białych, które występuje najsilniej w ciągu 1 godziny po ponownem spożyciu pokarmu. Wobec tego wahania liczby krwinek białych we krwi ludzi zdrowych w ciągu dnia przedstawiają się w postaci fal, zależnych od spożywania pokarmu. *Witold Orłowski.*

Frank Shufflebotham. **O oddziaływaniu ołowiu na robotników w fabrykach wyrobów glinianych Staffordshire.** (*Lancet*, 1901). Autor poddał dokładnemu badaniu tych wszystkich robotników, którzy w wspomnianej fabryce byli zajęci przygotowywaniem polewy na wyroby gliniane, albo też mieli do czynienia z farbami ołowianemi, używanemi do barwienia, względnie wzorkowania tych wyrobów. Liczba robotników badanych w tym kierunku wynosiła 527 z ogólnego personalu fabrycznego, dochodzącego do 7000. Przy badaniu zważa autor szczególnie na pojawianie się następujących objawów, wywoływanych zwykle zatruciem ołowiowem: na błednicę, obwódkę ołowianą, ból głowy, zaparcie stolca, kolkę, porażenia, padaczkę, obłęd, zmiany w widzeniu, poronienia, jak niemniej przewlekłe zmiany w nerkach. Na podstawie wspomnianej znacznej liczby dokładnych badań przyszedł Sh. do następujących wyników: z liczby 527 robotników tylko jeden nabawił się zatrucia ołowiem w ścisłem tego słowa znaczeniu; natomiast pojawiała się charakterystyczna dla zatrucia ołowiem obwódka ołowiana, lecz sama dla siebie, bez innych objawów tak, iż zdaniem autora, okoliczność ta wskazuje li tylko na to, że ołów znajduje się w ustroju, natomiast nie przesądza stanu zdrowia. Z liczby 91 robotników, którzy przeszło 20 lat pracowali w przytoczonych warunkach, żaden nie okazywał objawów zatrucia ołowiem. *Dr. Ig. L.*

Walker Overend. **Objaw często spostrzegany w początkowych okresach gruźlicy.** (*The Lancet* 31-go sierpnia 1901 r.). Autor zwraca uwagę na przeoczany dotąd wczesny objaw gruźlicy: w wielu przypadkach gruźliczego zajęcia płuc, szczególnie szczytów, spostrzega się żylne węzły pod skórą w okolicy ościstych wyrostków siódmego szyjnego i trzech górnych piersiowych kręgów. Węzły te powstają bardzo wcześnie i bywają często bardzo wybitne. Towarzyszą temu zjawisku nieraz ból i miejscowy obrzęk; powstanie tych węzłów można wytłómaczyć uciskiem na jedną z żył międzyżebrowych; ucisk powstać może bądź przez powiększone gruczoły zaoskrzelowe, bądź przez zgrubiałą opłucnę, bądź wreszcie przez same górne płaty płucne, ściśle przylegające do trzech górnych żeber, a z tyłu dochodzących od szóstego kręgu szyjnego do trzeciego piersiowego, właśnie w miejscu, gdzie powstają węzły żylne. *St. Rudzki* (Ptbg.).

John Holden Webb. **O istocie i leczeniu raka.** (*The Lancet*, 12 października 1901 r.). Przyczynę złośliwości raka należy upatrywać według autora bądź w utracie lub zmianie chemicznej którejś z wydzielin ustroju, bądź też w działaniu pasorzytów. Autor — bez żadnych głębszych dowodów naukowych — przypuszcza, iż złośliwość nowotworów jest zależną od „krystalizacyi cholestearyny w żyjącej komórce“.

Na mocy swego „wrażenia“, że cholestearyna w jakikolwiek sposób przestaje być czynną w ustroju rakowatych i że wprowadzenie jej z zewnątrz może być pożyteczne, zabrał się autor do zastosowania w praktyce swych przypuszczeń i zaczął wstrzykiwać rakowatym cholestearynę w rozczynie mydła. Najwyższą nieszkodliwą dawką jednorazową jest 0,03 cholestearyny w 2,0 mydła (autor doszedł do oznaczenia dawki na mocy cierpkiego doświadczenia, gdyż przy wyższych dawkach u chorych jego następował zapad, a nawet śmierć). Tak zwane mydło przetłuszczone, wyrabiane drogą fabryczną, najlepiej nadaje się do tego leczenia; można jednak w praktyce zastosować i „zwykłe sklepowe mydło żółte“, którego kawałek rozpuszcza się we wrzącej wodzie przekroplonej, przesącza przez jedwabną lub inną tkaninę i zastosowywa się po ogrzaniu.

Wstrzykiwania są bolesne: z tego powodu autor zaleca znieczulenie, np. tlenkiem azotu. Po wstrzyknięciu chory powinien leżeć w łóżku co najmniej godzinę, lub nawet dwie. Obrzęk i bolesność naokoło miejsca wkłucia zwykle występują, lecz ropnie stanowią rzadki wyjątek. Miejsca zastrzykiwań autor nie wskazał. Robi się je z początku co drugi dzień, a kiedy sprawa chorobowa poprawia się — to rzadziej, n. p. raz na tydzień, lub co 10 dni. Zastosowując takie wstrzykiwania cholestearyny z jednoczesnem podawaniem wewnętrznem przetworów gruczołu tarczykowego, otrzymał autor w niektórych przypadkach raka świetne wyniki: sprawa chorobowa miała się w rozwoju zatrzymywać, a nawet czasami cofać się i znikać tak, że następowało trwałe wyzdrowienie, stwierdzane w ciągu kilku lat obserwacyi; w innych mniej szczęśliwych przypadkach następowało polepszenie podmiotowe, znikały bóle i przykra woń nowotworu. *St. Rudzki* (Ptbg.)

A. Pański (Łódź). **Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia po zaczadzeniu.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). *Encephalomyelitis disseminata acuta* według Leyden-Goldscheidera przebiega pod dwiema postaciami: 1) jako ostry bezład i 2) jako porażenie kończyn dolnych. Pierwszą postać cechują: powolna skandowana mowa, bezład kończyn obok zachowanej lub tylko osłabionej siły mięśniowej, brak zaburzeń w dziedzinie czuciowej, zaburzenia psychiczne. W drugiej postaci na pierwszym planie stoją objawy, będące wynikiem ogniskowego zapalenia rdzenia, a więc: porażenie kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy, a prócz tego odleżyny i zaburzenia czuciowe; mogą wreszcie przyłączyć się objawy opuszkowe i zaburzenia psychiczne. Najczęściej przyczyny tego cierpienia szukać należy w chorobach zakaźnych i otruciach głównie tlenkiem węgla. Autor opisuje przypadek drugiej postaci tej choroby, rozpoznany na zasadzie *a*) ostrego początku choroby po niewątpliwem zaczadzeniu, *b*) szybkiego rozwoju choroby, której głównymi objawami były: spastyczne, nie zanikowe porażenie kończyn dolnych, porażenie pęcherza i odbytnicy, znaczne zaburzenia naczynioruchowe i odżywcze w postaci pęcherzyków i odleżyn, śpiączka, półświadomość, powolna niewyraźna mowa i brak pamięci. Dalej autor podaje różniczkowanie omawianego cierpienia od: *polyneuritis*, *poliomyelitis ant.*, *lues cerebri* i *haematomyelia*. Godzi się zauważyć, że chory ten wyszedł po trzech miesiącach leczenia kąpielami ciepłemi, jodkiem potasu i mleczną dyetą — prawie zupełnie uleczony. *Dr. Czaplicki.*

Tadeusz Jasieński. **Przypadek astazyi-abazyi i kilka uwag o tem cierpieniu.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). W opisywanym przypadku chory bez śladu ataksyi w pozycyi leżącej, ani stać, ani chodzić nie może. Biorąc pod uwagę prawidłową reakcyę źrenic, normalne odruchy, czucie i napięcie mięśniowe, brak zmian odżywczych i zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, raptowne wystąpienie choroby po urazie, wyraźne choć małe zmiany w czuciu, prawidłową koordynacyę w pozycyi leżącej obok niemożności stania i chodzenia. — można było wykluczyć cierpienie organiczne i rozpoznać astazyę-abazyę histeryczną. Po wyczerpaniu usiłowań perswazyi i poddawania, zastosowano hipnotyzm z dobrem powodzeniem. Ponieważ w śnie hipnotycznym chory na rozkaz mógł utrzymać się na nogach, gdy na jawie padał, autor wnioskuje, że astazya-abazya zależy od nieświadomego samopoddawania, które w śnie hipnotycznym ustępuje miejsca poddawaniu hipnotyzera. *Dr. Czaplicki.*

A. Puławski. **Neurastenia peryodyczna.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Neurastenia peryodyczna różni się od zwykłej tylko okresowem występowaniem charakterystycznych objawów. Napady mogą trwać od dwóch godzin aż do miesiąca i dłużej, przerwy zaś między napadami mogą trwać dobę, tydzień, nawet parę miesięcy. Zależnie od charakteru napadów i toru, jakim idą napady i przerwy, można rozróżniać trzy postaci neurastenii peryodycznej: 1) kołową (*circularis*), gdzie po okresie przygnębienia następuje okres podniecenia, a potem okres zdrowia; 2) naprzemienną (*alternans*), gdzie okres przygnębienia oddzielony jest od okresu podniecenia przez fazę zdrowia i 3) peryodyczną, jeżeli którykolwiek z okresów chorobowych, przeważnie okres przygnębienia, występuje naprzemian z okresem zdrowia. Psychiatrzy uważają neurastenię peryodyczną za szczątkową postać obłąkania peryodycznego. Autor pierwsze dwie postacie uważa raczej za psychozy, jako posiadające w sobie czynnik podniecenia; natomiast postać trzecią uważa za niewątpliwą neurastenię, gdyż napady neurasteniczne mają wedle jego spostrzeżeń zawsze charakter przygnębienia, a to naprzemian z okresami zdrowia cechuje trzecią postać. Autor przytacza 9 spostrzeżeń, dobrze ilustrujących omawiane cierpienie. *Dr. Czaplicki.*

Dr. F. Dreyzehner. **Przypadek przerwania ścięgna dośrodkowego mięśnia dwugłowego.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Przy nieznacznym wysiłku uczuł 60-letni mężczyzna nagle ból w ramieniu, a potem upośledzenie w sile tej kończyny. F. stwierdził zasinienie i ból uciskowy po ugnieceniu rowka żyły odsprychowej (*vena cephalica*) tuż pod przyczepem m. naramiennego. Nadto podczas zginania przedramienia przy oporze w połowie ramienia powstawał guz miękki, niebolesny, który znikał, gdy chory kończynę trzymał spokojnie. F. rozpoznał rozerwanie ścięgna długiej głowy m. dwugłowego, naciął w miejscu zasinienia, odszukał rzeczywiście oba odcinki, przybliżył je ku sobie i nie mogąc zeszyć bezpośrednio, utrzymał je w zetknięciu przez założenie paru szwów, przeprowadzonych przez pochewkę ścięgnistą i przez ścięgno. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po dwóch tygodniach autor rozpoczął leczenie mechaniczne. Po paru miesiącach stwierdził zupełny powrót *ad integrum*. *Herman.*

Dr. A. A. Kissel. **O rozpoznawaniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci na podstawie 54 własnych spostrzeżeń.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Pouczony taką liczbą spostrzeżeń klinicznych, z których w 35 rozpoznanie potwierdzono przez otwarcie jamy brzusznej (poczem 27 przypadkach nastąpiło wyleczenie), podaje K. pewne objawy, po których zapalenie gruźlicze otrzewnej u dzieci wcześnie rozpoznać można. Początek cierpienia zaznacza się tem, że dziecko okazuje wyraźne objawy niedokrwno_

ści i chudnie. Tymczasem powoli gromadzi się płyn w jamie otrzewnowej i w tym okresie, unosząc powłoki brzuszne we fałd, stwierdzić można wyraźnie zgrubienie otrzewnej. Na ten właśnie objaw kładzie K. główny nacisk, i po nim niejeden przypadek t. zw. „ascites spontanea“ w sposób właściwy scharakteryzować możemy.
Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tanochrom. Frieser w ostatniej broszurze poleca przetwór ten, wyrabiany we fabryce Hella, do opatrywania wrzodów i ran, jak niemniej do leczenia rzeżączki i wrzodów kiłowych. Ma to być połączenie chem. tlenku chromowego z kwasem garbnikowym i resorcyną w stosunku $^1/_4$: 1 : 2. Preparat płynny i preparat suchy zawierać mają po 50% tanochromu. Do wstrzykiwań używać należy $^1/_4$—$^1/_2$% roczczynu. *E. K.* (Kr. kl. 1.)

Pyramidon. (*Mittheilungen über praktische Neuheiten in der Therapie* 1902, Nr. 2). Pyramidon (dimetylamidoantypiryna) działający trzy do czterech razy silniej od antypiryny, skutkuje już w tak małych dawkach (0·25—0·40), że niebezpieczeństwo skutków ubocznych spada do *minimum*. Lek ten posiada cenną własność, że gorączka po użyciu go spada powoli i również powoli wznosi się po ustaniu jego działania. Prof. Kobert uważa pyramidon za najlepszy środek przeciwgorączkowy. Sposób użycia poleca następujący: rozpuścić 0,2—0,3 gr. w $^1/_2$ szklance wody i wypić małymi łykami w ciągu godziny w początkowej chwili wznoszenia się ciepłoty; w ciągu dnia podaje się 0.6 do 0.8 najwyżej. Gdzie gorączka nocna odbiera sen, tam pyramidon działa nasennie; gdzie zaś gorączka wpływa ujemnie na łaknienie, tam pobudza na strawność i wzmacnia. U suchotników prof. Kobert stosował go przeszło 6.000 razy z pomyślnym skutkiem. *Z. Czaplicki.*

Holtschmidt: **Podskórne wstrzykiwania żelatyny w czerniaczce noworodków.** (*Münch. med. Woch.* 1901 Nr. 1). Wszystkie dotychczas polecane środki przy czerniaczce noworodków działały bardzo wątpliwie, albo były dla życia noworodka niebezpieczne. Podawanie mleka z lodu, jak i lodowe okłady powstrzymywały wprawdzie krwawienie, ale zaziębiały noworodka; półtorachlorek żelaza płynny, podany przez usta, musiał być w bardzo słabym rozczynie i ztąd wątpliwe jego działanie; podany zaś w rozczynie silniejszym przez odbytnicę działa tylko wtenczas, jeżeli krwawienie jest w końcowej części jelita grubego. Autor w 5-ciu przypadkach czerniaczki wstrzykiwał z dobrym skutkiem 2% rozczyn żelatyny. Do litra fizyologicznego rozczynu soli dodawał 20 gramów zwykłej żelatyny, mięszaninę tę gotował w łaźni wodnej przez 5—6 godzin, poczem przechowywał ją w tej samej flaszce, zatkanej watą. Dowodem, że mięszanina ta została należycie odkażoną, jest brak na zsiadłej masie jakichkolwiek kolonij. Przed użyciem ogrzewa się mięszaninę do ciepłoty ciała, przyczem staje się ona płynną i zdolną do wstrzykiwań. Za pomocą odkażonej strzykawki wstrzykuje się 15 gramów w dwa miejsca klatki piersiowej, aby uniknąć wielkiego napięcia skóry. Zazwyczaj jednorazowe wstrzyknięcie usuwa czerniaczkę, czasem trzeba wstrzyknięcie powtórzyć. Wessanie następuje szybko i bez odczynu, ropienia, dreszczy, podwyższenia ciepłoty, drgawek — autor nie zauważył. *P.*

Zollner. **O przepisywaniu kreosotalu.** (*Wiener. Klin. Rundschau* 1901, Nr. 47). Kreosotal, przepisywany w połączeniu z winem, koniakiem, syrupem itp. nie daje się dobrze wymięszać i z tego powodu wydziela się i osiada na dnie naczynia, a zażywanie jego w tej formie jest dla chorych nader nieprzyjemne. Autorowi udało się sporządzić 10% mięszankę, która, gdy dobrze przygotowana, nie zmienia się nawet po tygodniach, w użyciu zaś smakuje daleko lepiej, niż według dotychczasowych przepisów. Przepis na sporządzenie tej mięszanki jest następujący: Rp. *Creosotali 20·0, Gummi ar. pulv. 20·0, Ol. amygd. d. 40·0, Aq. dest. 60·0, Mf. l. a. emulsionem, sub finem addetur. Spir. vini Peru-Cognac 50·0, Succi citri 10·0, S. 3 łyżeczki dziennie.*
Dr. A. Dobrowolski (Grybów).

Kamiński: **O użyciu traumatolu w gruźlicy.** (*Revue médicale* 1902 15 stycznia). K. podawał traumatol, począwszy od 0,001 pięć razy dziennie w pigułkach do 0,40 g. po upływie 150 dni i wymienia następujące zalety tego przetworu: 1) traumatol nie działa trująco nawet w większych dawkach; 2) w pigułkach nie ma żadnego zapachu; 3) przez dłuższy czas w dawkowaniu należy stopniowo postępować a potem dawki zniżać, gdyż ustrój się do tego środka przyzwyczaja; 4) traumatol nie narusza przewodu pokarmowego, a przeciwnie czynność jego poprawia; 5) przy zachowaniu innych poleceń higienicznych, traumatol jest bardzo dobrym środkiem pomocniczym w gruźlicy. *Jan Landau.*

Fitz: **Chrysarobina, jako środek swoisty na brodawki.** (*Boston Med. a. Surg. Journ. Internat. Med. Magazine* paźdz. 1901). Autor otrzymał świetne wyniki stosując w 8 przypadkach chrysarobinę na brodawki. Pocierał on co wieczór brodawki „piaskowym papierem“ i następnie pomazywał 10% rozczynem chrysarobiny w traumatycynie, (rozczyn gutaperki w chloroformie). Brodawki znikają po 1—3 tygodniowem leczeniu. *St. Rudzki* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 lutego, 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych członków 38.

I. Przewodn. zawiadamia, że otrzymał list od prof. Jordana, wzywający do licznego zapisywania się na członków »Tow. samopomocy lekarzy«, i zachęca członków do należenia do tego Towarzystwa.

II. Kol. Herman przedstawia: 1) chorego z kliniki chirurgicznej, u którego wycięto migdałek, zajęty mięsakiem, zapomocą faryngotomii bocznej Langenbecka. Operacya ta daje dobry przystęp, jeżeli guz zajmuje sam migdałek; jeżeli zaś naciek sięga dalej, trzeba dodać przepiłowanie żuchwy, jak to radzili Krönlein i Mikulicz; 2) chorego, u którego przed 5-ciu dniami wykonano operacyę wodniaka moszen sposobem Winkelmanna. Obecnie rana zagojona przez rychłozrost. Operacya ta bardzo się zaleca, gdyż jest bardzo łatwa i prosta i można ją wykonywać ambulatoryjnie, a nadto, że ze wszystkich dotychczasowych metod daje najmniejszy odsetek nawrotów. Trzeba tylko otwór w osłonie pochwowej (*tunica vaginalis propria*) zrobić na górnym biegunie i tak wielki tylko, żeby jądro przezeń wydostać.

Dyskusya: kol. Ziembicki czyni uwagę, że na jego oddziele również operuje się sposobem Winkelmanna, a dla umocowania wynicowanej osłonki dodaje się kilka szwów.

III. Kol. Ziembicki okazuje preparat z chorej, u której z powodu twardzieli krtani (*Scleroma laryngis*) wykonano tracheotomię dolną i założono kaniulę Koeniga. W 5 dni po operacyi przy zmianie opatrunku powstał krwotok tak gwałtowny, że chora w ciągu kilku minut zmarła. Sekcya wykazała, że krwotok pochodził z tętnicy bezimiennej, która przebiegała tuż pod dolnym końcem rany tchawiczej. Nawiązując do tego, przedstawia Z. liczne rysunki nieprawidłowego przebiegu tętnic na szyi i wyraża zdanie, że operacyę tę zrobiono za nizko i że wogóle należy wskazanie do tracheotomii dolnej bardzo ograniczyć.

Dyskusya: kol. Ruff podaje, że czasem po drobnych zabiegach na szyi mogą powstać śmiertelne krwotoki i opowiada przypadek, gdzie w 6 tygodni po wyłuszczeniu gruczołów szyjnych powstał śmiertelny krwotok z tętnicy bezimiennej. Niebezpieczeństwa obrażenia tętnicy przy nacinaniu tchawicy można uniknąć, jeżeli po dokładnem odsłonięciu prowadzi się cięcie ostrzem, zwróconem ku górze. Kol. Wehr również opowiada przypadek, gdzie dren, założony w jamę ropnia przy zapaleniu mięśnia lędźwiowego (*psoitis*), wywołał w ciągu 24 godzin odleżynę na tętnicy biodrowej i spowodował krwotok śmiertelny.

IV. Kol. Wehr przedstawia chorą z wielokrotnymi guzami raka na twarzy. Pierwszy rozwinął się na dolnej powiece lewej, następnie powoli powstawały inne: po stronie lewej w okolicy skroniowej, potem dwa na policzku lewym około nosa, wreszcie ostatni na powiece dolnej prawej. Przypadek zajmujący ze względu na obraz kliniczny, a nadto — zdaniem prelegenta — przemawia za teoryą zakaźności raka.

Dyskusya: kol. Łukasiewicz zwraca uwagę na zanik skóry na nosie, podobnie jak przy *xeroderma pigmentosum*. Oprócz tego chora ta ma łojotok, zatem obraz odpowiada rakom, powstającym na tle łojotoku, jak to opisał Darier. Wreszcie przypomina t. zw. nabłoniaka płaskiego (*epithelioma planum*), który w środku się zabliźnia, a na obwodzie rośnie dalej. Kol. Kučera zwraca się przeciw teoretycznym wywodom kol. Wehra, dotyczącym zakaźności raka. Kol. Obtułowicz opowiada przypadek, gdzie w przebiegu duru plamistego rak zupełnie znikł.

V. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a)* chorego z ukształtowaniem nosa, charakterystycznem dla wilka, a jednak okazującego kiłę; *b)* chorego z zakażeniem podwójnem: na tle kilaków zakażenie gruźlicze (forma przyostra, gruźlica prosówkowa); *c)* chorego z owrzodzeniem na grzbiecie ręki prawej, o brzegach zatokowatych. Ziarnina ja-

sno-różowa, gruźlicza, u osobnika zupełnie zdrowego. Owrzodzenie to powstało w 30 dni po skaleczeniu się przy zamykaniu drzwi — rzecz na skórze bardzo rzadka.

VI. Kol. Hermaą wygłosił odczyt: »O przedoperacyjnem badaniu nerek«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek«.).

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Bossowski przedstawił z oddziału swego w szpitalu św. Ludwika:

a) przypadek wielokrotnych wyrośli kostnych (*exostoses cartilagineae*) u chłopca 9-letniego, rozmieszczonych w okolicy chrząstek nasadowych kości długich na kończynach górnych i dolnych, jak również na żebrach dolnych po stronie prawej. Wada rozwojowa chrząstek została niewątpliwie odziedziczona, gdyż ojciec chłopca okazuje podobną narośl na kości udowej powyżej kolana. Ze względu, że kostniak usadowiony w górnej zewnętrznej części podudzia lewego i dochodzący wielkością dwóch pięści męzkich wzrastał stale i sprowadził w następstwie porażenie nerwu strzałkowego, przystąpił kol. B. do usunięcia go przez oddłutowanie przy podstawie. Równocześnie odciął też narośl mniejszą, wielkości jaja kurzego, wybujałą powyżej kostki zewnętrznej na temsamem podudziu, po nad którą przez ucisk i tarcie obówiem skóra ustawicznie się raniła.

Wyrośle inne, nie pociągające za sobą żadnych zaburzeń, pozostawiono nietknięte, gdyż w tych warunkach nie wymagają one żadnego leczenia. Badanie wyciętych guzów wykazało utkanie kostne, u podstawy wyrośli gąbczaste, podczas gdy powierzchnia cała pokryta jest pokładem chrząstki.

b) Przypadek drugi dotyczy dziewczynki 2 lat liczącej z wadą rozwojową kończyny górnej prawej pod formą *„lymphangioma cysticum congenitum“*, z powodu której falangi palców i ręka okazują tak na stronie grzbietnej, jak i dłoniowej obrzmienia guzowate, nad któremi skóra jest częścią prawidłowa, częścią ścieńczała, a miejscami przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Zbitość guzów różna tak, że gdy obrzmienia falang są mocno napięte, twarde, na grzbiecie ręki wyczuć można wybitne chełbotanie. Na przedramieniu tuż powyżej stawu nadgarstkowego znachodzi się po stronie grzbietnej obrzmienie płaskie, sięgające do wysokości $^1/_3$ dolnej części przedramienia, wyraźnie chełboczące, o skórze zupełnie prawidłowej, podczas gdy górną i środkową część przedramienia po stronie łokciowej zajmuje guz wielkości jaja gęsiego, na którym powłoki są zgrubiałe, jakby naciekłe, a skóra nierówna, w fałd ująć się nie daje. Tuż powyżej przegubu łokciowego na wewnętrznej stronie ramienia istnieje również obrzmienie ograniczone, płaskie wielkości przekroju orzecha włoskiego o skórze prawidłowej.

Według podania rodziców dziecko, zresztą dobrze rozwinięte, przyszło na świat z małymi guzkami na przedramieniu, które odtąd wzrastają i mnożą się tak, że sprowadziły znaczne zniekształcenie ręki i przedramienia, a ruchy palców doznały upośledzenia.

Kol. B. odnosi zmiany rzeczone w części do zaburzeń w zawiązkach płodowych i rozwoju dalszym naczyń chłonnych, w części zaś do rozstrzeni naczyń chłonnych w następstwie odsznurowania się poszczególnych odcinków tychże i zamierza ze względu na dość korzystne rozmieszczenie się torbieli wykonać doszczętne wyłuszczenie naczyniaków. (*Streszczenie własne*).

III. Kol. Eisenberg, korzystając z pracy nad »precypitynami«, podjętej w zakładzie prof. Bujwida, pokazuje działanie tych istot. Odkryte przez Czystowicza i Bordeta nabrały one wielkiego znaczenia dla teoryi odporności, jakoteż dla biologicznego różniczkowania rozmaitych rodzajów białek. W pracy wykonanej wspólnie z Krausem wykazał E., że przez uodparnianie odpowiednich zwierząt temi istotami można uzyskać w surowicy ich ciała neutralizujące działanie precypityn — antyprecypityny.

Pierwsza z surowic, których działanie prelegent pokazuje, uzyskaną została z królika, któremu w czterech wstrzykiwaniach zastrzyknięto 40 ctm.³ surowicy końskiej normalnej. Surowica tego królika zmięszana ze surowicą końską daje silny i obfity strąt, działa ona jeszcze w rozcieńczeniu $^1/_{30}$, a potrafi wykazać obecność surowicy końskiej nawet 2.000 razy rozcieńczonej — sprawność, mogąca współzawodniczyć z działaniem najczulszych odczynników na białko. Stern uzyskał surowicę, wykazującą obecność surowicy ludzkiej w rozcieńczeniu $^1/_{50000}$. Druga surowica uzyskana jest z królika uodpornionego białkiem kurzem i okazuje podobne działanie swoiste wobec roztworu białka kurzego. (*Streszczenie własne*).

IV. Kol. prof. Browicz wygłosił odczyt: »Kilka uwag o komórce wątrobnej«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekar.«).

W dyskusyi kol. Hirsch podnosi znaczenie kliniczne prac kol. Browicza o komórce wątrobnej.

Kol. prof. Nowak: Pomimo wielu prac, zajmujących się budową i funkcyami komórki wątrobnej, nauka ta poczyna się dopiero rozwijać. Znamy zmiany histologiczne, zachodzące w komórce podczas jej rozradzania się, sama zaś podstawowa budowa komórki i inne jej funkcye, które zapewne są liczne i często powikłane, są nam mało znane. Prace prelegenta nad komórką wątrobną rzucają także światło na budowę plazmy komórkowej wogóle i na jej funkcye. Dzisiejszy odczyt jest niejako streszczeniem tego, co kol. prof. Browicz w tym kierunku dotychczas zrobił, a bardzo cenną ilustracyą wywodów prelegenta są preparaty, nadesłane przez obcego uczonego, który na innej drodze doszedł do tychsamych wyników. (*Streszczenie własne*).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XII-ty Zjazd chirurgów polskich odbędzie się, jak corocznie, dnia 14. i 15. lipca r. b. w Krakowie.

Żywotność Zjazdów naszych dziś już nie ulega wątpliwości, a coraz liczniejsze poparcie, jakiego doznają ze strony Kolegów, trudniących się chirurgią i po za miastami uniwersyteckiemi, mianowicie od dyrektorów szpitali powszechnych, zapewnia im powodzenie w przyszłości i daje pewną podstawę.

Zapraszamy do jaknajliczniejszego udziału. Wykłady upraszamy zgłaszać jaknajwcześniej do przewodniczącego Zjazdów.

A. Bossowski, Sekretarz Zjazdów chir. polsk.
L. Rydygier, Przewodniczący Zjazdów chir. polsk.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

Według §. 5 ustawy z 30/4 1870 (dz. pp. 68) pozostawiono ustawodawstwu krajowemu w całej Austryi oznaczyć, w jaki sposób ma każda gmina dla siebie lub wspólnie z innemi gminami ustanowić wszystko to, co jest potrzebnem do wykonywania policyi zdrowotnej, stosownie do położenia i rozmiarów okręgu, jako też do ilości i zatrudnienia ludności.

Z małymi wyjątkami wszystkie kraje koronne, reprezentowane w austryackiej Radzie państwa, uczyniły zadość temu obowiązkowi, jakkolwiek sposób organizacyi gminnej służby zdrowia jest niemal w każdym kraju odmienny.

W Galicyi było w r. 1900 na mocy ustawy krajowej z dn. 2. lutego 1891 ustanowionych 66 lekarzy gminnych (nie licząc Lwowa i Krakowa) i utworzonych 128 posad lekarzy okręgowych: z tych 9 było w końcu roku 1900 chwilowo opróżnionych, a 12 jeszcze wcale nieobsadzonych tak, iż właściwie tylko 107 lekarzy okręgowych było czynnych. Ponieważ przytoczona ustawa postanawia, że organizacya służby zdrowia w gminach ma postępować stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem stosunków finansowych powiatów i kraju, więc Sejm zezwolił na utworzenie w r. 1892 okręgów 14, w r. 1893 — 29, w r. 1896 — 23, w r. 1897 — 20, w r. 1898 — 27, a w r. 1899 — 15.

Jeżeli się obliczy wszystkich lekarzy gminnych, a także i z miast Lwowa i Krakowa, oraz wszystkie utworzone (jakkolwiek z tych jeszcze nie wszystkie są obsadzone) posady lekarzy okręgowych, otrzymamy z końcem roku 1900 zaledwie liczbę 266 lekarzy

gminnych i okręgowych; a ponieważ w tym czasie było w całym kraju ludności 7,295.538, przeto na jednego lekarza gminnego lub okręgowego wypada 35.415 ludności. Gminy, powiaty i kraj wydają na utrzymanie tych lekarzy gminnych i okręgowych nieco więcej ponad 300·000 kor., rozkłada się więc ten wydatek na ludność całego kraju po 4·1 hal. na głowę.

Jeżeli to, co wyżej podano o sposobie przeprowadzenia organizacyi gminnej służby zdrowia w poszczególnych krajach koronnych zestawimy razem, otrzymamy następującą tablicę:

Kraj koronny	Ludność według spisu 1900	Ustanowiono lekarzy gminnych i okręg.	Przeciętnie wypada 1 lek. gmin. lub okręg. na ludność	Koszt utrzymania gminnej służby zdrowia		Z wykazanych posad nie było obsadzonych	
				korony w całym kraju	przecięt. na głowę hal.		
Austrya dolna	3,086.382	463	2 860	406 700	31·0	27	
Austrya górna	809.918	246	3.550	212.182	27·0	18	
Styrya . . .	1,356.058	309	3.624	161.794	11·8	104	
Karyntya . .	367.344	56	6.071	67.722	·15·7	—	
Kraina . . .	508.348	40	12.708	54.800	10·7	5	
Tyrol i Vorarlb.	979.878	302	3.244	451.667	46·0	—	
Czechy . .	6,318.280	926	6 823	1,055.882	18·8	—	
Morawa . .	2,435.081	394	6 180	481.976	19·7	—	
Bukowina . .	729.921	42	17.379	51.940	7·1	2	
Dalmacya . .	591.597	84	7 303	127 610	21·0	35	w r. 1892
Galicya . .	7,295.538	206	35.415	300.000	4·1	21	

Z powyższego zestawienia okazuje się dobitnie, jak dalece Galicya pod względem organizacyi gminnej służby zdrowia jest w tyle za innymi krajami koronnymi i jak mało na ten cel kraj w stosunku do potrzeb wydaje.

Ta niedostateczność organizacyi gminnej służby zdrowia w Galicyi wystąpi tem jaskrawiej w poszczególnych powiatach, bo jak z jednej strony niektóre powiaty w należytem zrozumieniu potrzeb ludności mają oprócz jednego lub dwóch lekarzy gminnych po trzech lekarzy okręgowych, tak znów jest obecnie jeszcze 12 powiatów politycznych z ludnością mniej więcej po 70.000, w których jest tylko na cały powiat jeden lekarz okręgowy; dalej mamy jeszcze 6 politycznych powiatów, w których niema żadnego lekarza okręgowego, tylko po 1 gminnym w całym powiecie, wreszcie mamy nawet takie trzy powiaty polityczne: limanowski, mielecki i pilzneński, z ludnością łączną 200.411, w których dotąd niema ani jednego lekarza gminnego ani okręgowego.

Po dziesięciu latach istnienia instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych, kraj ma prawo zapytać, czy ta instytucya była na to w życie wprowadzoną, aby zapewnić lekarzom posady stałe, czyli też społeczeństwo nasze odniosło jakie korzyści z tej organizacyi? Tu niechaj liczby odpowiedzą.

Przedewszystkiem podnieść należy, że wskutek tej organizacyi przeszło połowa lekarzy okręgowych, bo 71 na 128, ma swą siedzibę w takich miejscowościach, w których przed wejściem w życie ustawy z 2. lutego 1891, albo wcale nigdy przedtem nie było lekarza, albo też po śmierci lub przesiedleniu się lekarza (doktora medycyny lub patrona chirurgii) przez czas dłuższy nie było żadnego lekarza. W 71 miejscowościach, które są w dołączonym wykazie wyliczone, ludność tych i okolicznych gmin ma obecnie ułatwioną pomoc lekarską w chorobie. Ułatwienie to w zasięganiu pomocy lekarskiej polega na tem, że lekarz jest bliżej, więc strony nie ponoszą kosztów sprowadzania z odleglejszych miejscowości, że wskutek tego pomoc ta jest tańszą i rychlejszą, a bardzo często nawet zupełnie bezpłatną. Lekarz w miejscu swej siedziby i w najbliższej okolicy ma możność wcześniej rozpoznać chorobę i zawczasu zaradzić dalszemu jej rozwojowi, a przez to ochronić osobę od choroby przewlekłej, długotrwałej, czasem nawet nieuleczalnej. Ma on możność po wczesnem rozpoznaniu choroby zakaźnej zapobiedz jej dalszemu szerzeniu się i wytworzeniu się groźnego ogniska epidemicznego, a tem samem ochronić wiele osób od choroby ciężkiej, od jej powikłań, pociągających często za sobą głuchotę (po zapaleniu ucha środkowego, w przebiegu odry, płonicy lub błonicy), ślepotę (po ospie), porażenia (po błonicy) i t. d., a często od śmierci.

Że to, co właśnie powiedziano, nie jest czczą przechwałką działalności lekarskiej, lecz faktem, nie dającym się zaprzeczyć, stwierdzają liczby śmiertelności w całym kraju. Podczas gdy jeszcze w r. 1890 umierało w Galicyi 32·7 na tysiąc ówczesnej ludności, w ostatnich 5 latach, t. j. od r. 1896, mamy w kraju śmiertelność poniżej 29 *pro mille*, a w ostatnich trzech latach nawet niżej 28 *pro mille*.

I tak umarło w roku 1896 w całym kraju 28·58‰
1897 „ „ 28·01‰
1898 „ „ 27·86‰
1899 „ „ 27·75‰
1900 „ „ 27·59‰

Dodać należy, że śmiertelność w r. 1900 obliczoną jest według wyniku spisu ludności w tym samym roku dokonanego, a liczby z lat poprzednich otrzymano przez obliczenie ludności według przeciętnego rocznego przyrostu w ostatniem dziesięcioleciu.

Nietylko więc mamy do zanotowania znaczne obniżanie się śmiertelności, bo w r. 1890 32·7‰, w r. 1900 27·59‰, a zatem o 5·11‰, ale co jest najbardziej pocieszającym objawem, że to obniżenie się śmiertelności jest zjawiskiem stałem, bo z roku na rok stosunkowo mniej ludności umiera.

Główną przyczyną obniżania się śmiertelności w kraju jest mniejsze szerzenie się chorób zakaźnych. I tak, gdy w roku 1900 umarło z tych chorób 62.585 osób, czyli 9·6‰ ludności, a 30·2% wszystkich zmarłych, to w roku 1900 umarło z tej przyczyny tylko 37.439 osób, czyli 5·13‰ ludności, a 18·6% wszystkich zmarłych.

Podobne obniżenie się śmiertelności ogólnej spostrzegamy także w naszych miastach. I tak, w dziewięciu najludniejszych miastach Galicyi (Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol i Tarnów) w roku 1880 na łączną ludność 328.809 umarło razem 12·508 osób, czyli 37·1 *pro mille*; w roku 1890 w tych samych miastach na ludność 372.086 tylko 11.866 czyli 31.8‰, a w roku 1900 na ludność 423.360 12.224 czyli 28.8‰. Mimo więc bardzo znacznego wzrostu ludności w tych miastach, bo w przeciągu lat 20 urosła ludność z 328.809 do 423.360 głów, czyli o 22·4%, mamy do zanotowania spadek śmiertelności z 37·1 na 28·8 *pro mille*, czyli o 8·3 *pro mille*. Jakkolwiek więc to znaczne poprawienie się stosunków sanitarnych w naszych miastach jest także w znacznej części wynikiem starań i wkładów asanacyjnych tych miast, lecz nie można zaprzeczyć, że nie mniej ważnym czynnikiem do poprawy poprzednio bardzo smutnych stosunków zdrowotnych byli lekarze miejscy, że ich działalności, — czy to jako lekarze ubogich, czy jako higienistów, — należy przypisać tak korzystne wyniki. Bez ciągłej opieki lekarzy miejskich nad zdrowiem mieszkańców i nad stosunkami zdrowotnymi w naszych miastach byłaby niewątpliwie śmiertelność coraz wyższą, wobec tak znacznego wzrastania tychże (np. w Przemyślu wzrosła w ciągu 20 ostatnich lat ludność z 21.984 do 42.192 osób, czyli niemal w dwójnasób).

Lecz mamy jeszcze bardzo wiele do zrobienia, aby chociaż w części dorównać innym krajom koronnym co do stosunków śmiertelności w całej ludności.

Dla porównania naszych stosunków zdrowotnych przypatrzmy się śmiertelności w innych krajach koronnych, w których organizacya gminnej służby zdrowia już niemal całkowicie przeprowadzona. W Austryi dolnej, w której jak wyżej wykazaliśmy jest 463 lekarzy gminnych, wypada w roku 1897 śmiertelność w całym kraju z wyłączeniem Wiednia 25·4‰; w mieście Wiedniu umarło w roku 1897 21·9‰, a więc w całym kraju wraz z Wiedniem 23·06‰. W Tyrolu, w którym na niespełna jeden milion ludności jest 302 lekarzy gminnych, była śmiertelność w roku 1896 24·1‰, w roku 1897 23·7‰, a w r. 1898 22·7‰, więc nietylko, że w roku najmniej korzystnym była o 3·49‰ niższą od liczby w najpomyślniejszym roku w Galicyi, ale jeszcze stale się obniża tak, iż różnica między obema krajami w latach najpomyślniejszych jest o 4·89‰ na niekorzyść naszego kraju. Zwykle tak bywało, że w szeregu krajów koronnych, reprezentowanych w rakuzkiej radzie państwa, Galicya zajmowała przedostatnie miejsce pod względem niekorzystnych stosunków śmiertelności, a tylko jedna Bukowina przewyższała nasz kraj co do liczby zmarłych; jednak od czasu jak na Bukowinie przeprowadzono organizacyę gminnej służby zdrowia, i jakkolwiek ta organizacya daleką jest jeszcze od ideału, śmiertelność stale tak się zmniejszyła, że w latach 1897 i 1898 w tym kraju, dotychczas najgorszym, śmiertelność była niższą od śmiertelności w Galicyi. Na Bukowinie jeszcze w roku 1896 była śmiertelność 30·4‰, lecz już w roku 1897 26·2‰, a w r. 1898 26·0 *pro mille*, a zatem o 1·59‰ mniej, niż w najpomyślniejszym roku w Galicyi. Mamy więc obecnie bolesną sławę najbardziej pod względem sanitarnym upośledzonego kraju koronnego w Austryi!

Więc ostatni czas, aby złemu zaradzić. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 marca.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Sprawa przymusowego ubezpieczenia lekarzy wzbudziła w naszym świecie lekarskim wielkie i powszechne zainteresowanie; dla tego proszę o umieszczenie w »Przeglądzie lekarskim« tego listu, w którym w krótkich słowach chcę zdać sprawę z stanu, w jakim się obecnie sprawa ta znajduje.

Spełniając polecenie Walnego zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy z d. 22 października r. z., wybrałem się 11 b. m. wraz z wiceprezesem Towarzystwa, Drem Bogdanikiem z Białej, do Wiednia celem wręczenia Radzie państwa i c. k. Rządowi petycyj o wprowadzenie przymusowego ubezpieczenia lekarzy w państwie austryackiem według projektu, zatwierdzonego przez to Walne zgromadzenie, a znanego wszystkim Kolegom. Jedną petycyę wniósł do Rady państwa wskutek mojej prośby J. Exc. poseł A. Jaworski; na jego żądanie petycya ta została *in extenso* wydrukowana w sprawozdaniu stenograficznem z posiedzenia parlamentu w d. 12 b. m. i przekazaną Komisyi socjalno-politycznej dla dalszego parlamentarnego traktowania. Drugą równie brzmiącą petycyę wnieśliśmy do c. k. Rządu na ręce prezydenta ministrów, J. Exc. Dra Körbera, z prośbą o życzliwość dla sprawy petycyą objętej. Dla poparcia sprawy odwiedziliśmy tych szefów sekcyj ministerialnych, w których ręce petycya nasza dostać się musi. Konferowaliśmy też z wybitnymi posłami członkami Komisyi socyalno-politycznej, oraz z posłami lekarzami; wreszcie prosiliśmy o życzliwe zajęcie się sprawą prezydenta Izby poselskiej. Nie udało nam się mówić z p. ministrem skarbu, prosiliśmy przeto posłów lekarzy, aby sami z tym panem ministrem w naszej sprawie się rozmówili i zjednali życzliwość jego dla naszego projektu; — co nam przyrzeczone zostało.

Poszczególnych rozmów powtarzać nie mogę; powiem więc krótko, że wszyscy, z którymi konferowaliśmy, orzekli, iż wprowadzamy sprawę ubezpieczenia lekarzy w chwili właściwej — oraz przyznano nam, iż zajęcie się tą sprawą i jej przeprowadzenie jest konieczne, gdyż prośba nasza jest zupełnie usprawiedliwiona; wogóle znaleźliśmy dla sprawy przez nas podjętej wszędzie usposobienie przychylne, u niektórych zaś osób bardzo wpływowych wprost gorące zainteresowanie się i zapewnienie usilnego poparcia. Trudności i przeszkód nadzwyczajnych w przeprowadzeniu sprawy w myśl naszych wniosków nikt nam nie zapowiadał — ale mimo to będzie ich niewątpliwie nie mało. Dla sprawy tej niema nigdzie precedensu prosimy o wprowadzenie zupełnie nowej instytucyi według modły nigdzie jeszcze nie istniejącej. Już ta sama okoliczność utrudnia sprawę; rząd bowiem będzie musiał przedsięwziąć ścisłe i liczne badania w kierunkach naszą petycyą poruszonych, zanim będzie mógł przystąpić do opracowania projektu ustawy. Będą i niemałe przeszkody ze strony tych zakładów, które według naszego żądania winne być pociągnięte do opłat na korzyść funduszu pensyjnego lekarzy, a więc od kas chorych, zarządów kolejowych itd., albowiem nikt dobrowolnie nie przyjmuje na siebie ciężarów. Mimo to, wobec usposobienia, jakie w Wiedniu dla sprawy znaleźliśmy, możemy mieć nadzieję uzasadnioną, że sprawa przymusowego ubezpieczenia lekarzy zostanie pomyślnie załatwioną, acz w cierpliwość uzbroić się musimy.

Co teraz robić? Urabiać dla naszych życzeń opinię publiczną — to niezbędne dla zwycięztwa. W tym celu rozesłał już Wydział Tow. samopomocy kopie petycyi swojej wszystkim stowarzyszeniom lekarskim, wszystkim Izbom lekarskim, wszystkim dziekanatom wydziałów lekarskich i wszystkim dziennikom lekarskim w Austryi, wraz z listem, proszącym o poparcie jak najenergiczniejsze sprawy przez nas podjętej. W Wiedniu prosiliśmy posłów lekarzy, by w krajach, z których pochodzą, rozwinęli odpowiednią agitacyę; co do Czech, mamy ją zapewnioną. W miarę, jak mnożyć się będą petycye różnych Towarzystw i instytucyi lekarskich, popierające petycye przez nas wniesione, maleć i niknąć zaczną zawody, które każda nowa i wielka akcya zawsze napotykać musi. Liczne petycye, popierające żądanie przymusowego ubezpieczenia lekarzy, są konieczne.

Konieczną jest wreszcie propaganda w dziennikach politycznych i propaganda ustna. My lekarze mało mamy pieniędzy i władzy, ale przez ciągłe stykanie się z ludźmi możemy mieć dużo wpływu na urobienie opinii: nie zaniedbujmy sposobności wykazywania w kołach znajomych potrzeby przymusowego ubezpieczenia w sposób przez Towarzystwo samopomocy wskazany, a powoli, powoli przyzna każdy, że mamy racyę domagać się zaprowadzenia stempla aptekarskiego na korzyść funduszu pensyjnego lekarzy, że słusznie żądamy, by zarządy kolejowe, kasy chorych i t. d. przestały raz przecież wyzyskiwać lekarzy i by były zniewolone do opłat na rzecz tego funduszu. Obrabianie opinii niezbędne, bo ostatecznie Rada państwa będzie sprawę rozstrzygać, — a składa się ona z ludzi, którzy prądowi opinii, chcąc nie chcąc, poddawać się muszą. Z szczerem poważaniem

Kraków, 17 marca 1902. *Dr. Henryk Jordan.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w niedzielę, dnia 16 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówił: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«.

W ten sposób zakończył się cykl wykładów z higieny szkolnej, zarządzonych przez Towarz. lekarskie w tym celu, ażeby przez rozpowszechnienie w kołach nauczycielskich najnowszych badań z zakresu higieny szkolnej, przyczynić się do położenia tamy degeneracyi fizycznej naszej uczącej się młodzieży. Ożywiony tą myślą społeczną i licząc na tak pożyteczną wymianę zdań, zarząd Tow. lek. zaprosił imiennie na te odczyty pp. kierowników szkół, inspektorów szkolnych i całe gremium nauczycielskie. Na to zaproszenie stawiło się jednak tylko grono nauczycieli szkół ludowych i liczny zastęp pań nauczycielek, które nie dają się nigdy prześcignąć tam, gdzie idzie o dobro dzieci. Natomiast szkoły średnie, ich kierownicy i pp. inspektorowie szkolni odpowiedzieli na zaproszenie (powtarzam imienne) milczeniem i »błyszczeli nieobecnością«. Zachowanie się to, pomijając jego stronę towarzyską, miało cechę jakby strejku, lecz strejku wymierzonego przeciw nauce, przeciw wszelkiemu postępowi w zakresie wychowania fizycznego młodzieży i przeciw wszelkim usiłowaniom poprawy tych, bądź co bądź, opłakanych stosunków. Czy koła nauczycielskie szkół średnich chciały przez to wyrazić, że już wszystko wiedzą, czy też, że już niczego zapomnieć nie potrafią, — prawdziwie nie umiemy odgadnąć; natomiast pewni jesteśmy, że tym zdumiewającym brakiem zainteresowania się naukowymi nabytkami w zakresie higieny szkolnej nie stwierdzili szczerości swego powołania, nie przysporzyli zaufania społeczności do szkoły, ani też nie zaskarbili sobie uczuć wdzięczności w sercach przyszłych obywateli, o których zdrowie i wychowanie fizyczne tak mało dziś zdają się troszczyć.

* W celu poczynienia zmian w ustawie o rygorozach lekarskich odbędzie się w Wiedniu, w ministeryum oświaty, d. 24 b. m. o godz. 11 rano, narada delegatów austryackich Wydziałów lekarskich.

* Podczas budżetowej rozprawy w Izbie posłów przemawiał szef sanitarnego departamentu, dr. Kusý, dowodząc liczbami statystycznemi pożyteczności szczepienia ochronnego przeciw ospie w Austryi: w roku 1872 śmiertelność z ospy w Austryi wynosiła przeszło 36.000; w roku 1873 — 65.000; w r. 1874 — 3.000; w 1893 — 700; w latach następnych, wskutek rozpowszechnionego szczepienia, niektóre kraje austryackie, jak Niższa Austrya, kraje alpejskie, Czechy i Morawa — prawie zupełnie były wolne od ospy, gdyż wyjąwszy Galicyę i Bukowinę, na resztę krajów austryackich przypadało w ostatnich latach niespełna 10 przypadków rocznie. Śmiertelność z innych chorób zakaźnych również obniżyła się w ostatnich latach (z 700.000 w r. 1890 na 580.000 w 1900).

* Ministerstwo spraw wewnętrznych orzekło, że na zapytanie Kas chorych i instytucyj tego rodzaju, szpitale mogą udzielać szczegółów, tyczących się rozpoznania choroby członków Kas, — wszelako z warunkiem, że tajemnica lekarska przez Kasy i t. d. będzie zachowana. Ponieważ jest tu mowa głównie o chorobach wenerycznych i kiłowych, przeto orzeczenie pana ministra czyni doniosły wyłom w obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

* W m. sierpniu b. r. odbędzie się w Brukseli kongres, w celu polepszenia losu ślepych.

* Na wzór stowarzyszenia, które zawiązało się podczas Zjazdu w Hamburgu, powstało w Paryżu »Société française d'histoire de la médecine«.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IX (od 23—II do 1—III). W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 66, umarło osób 70, mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 10 (4 zam.), z płonicy 5 (2 zam.), z duru brzusznego 1 (obwód III ci), z czerwonki 1 (zam.), z cholery dziecięcej 3.

* Między 6 a 12 b. m. doniesiono władzy o jednym przypadku ospy, a mianowicie w Borysławiu. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (2 gminy), brodzkim

(1 gm.), buczackim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), przemyskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.) i w m. Lwowie 1 przypadek. Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach i gminach było 55.

Mianowania i odznaczenia. Na czeskim Wydziale lekar. w Pradze mianowani zostali: prof. nadzw. Karol Chodounský prof. zwyczajnym farmakologii, a tytul. profesor Fr. Scherer — prof. nadzwyczajnym chorób noworodków. Doc. Sellheim mian. prof. ginekologii w Freiburgu. Prof. N. Korsakow obejmie klinikę chorób dzieci w Moskwie po zmarłym Filatowie.

Bibliografia:

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin. II. B 1. H., 1901. **Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur** von Prof. Dr. Otto von Franqué.

Pęknięcia macicy mogą być samoistne i następowe, spowodowane zabiegiem operacyjnym. Pęknięcia te mogą się wydarzyć poza ciążą, jako też podczas ciąży, porodu i połogu. Autor roztrząsa przyczynę pęknięć macicy, oraz ich rodzaje, uwzględniając zarazem rokowanie i sposób leczenia. Pęknięcia samoistne w ciąży odnosi do zmian, powstałych w miąższu macicy podczas wyjmowania przy poprzednim porodzie przyrośniętego łożyska. Przechodząc pęknięcia podczas porodu, autor oddziela osobno pęknięcia przed urodzeniem płodu od pęknięć powstałych w okresie trzecim, zbiera przytem możliwie wszystkie przyczyny sprowadzające pęknięcia, ilustrując je odpowiednim przypadkiem z praktyki własnej. W końcu uwzględnia także i pęknięcia w połogu. Wobec wszechstronnego opracowania pęknięć macicy i uwzględnienia rokowania, oraz sposobu leczenia, praca ta godną jest przeczytania nie tylko przez specyalistów, ale także i przez lekarzy praktycznych. *P.*

— ***Gazeta lekarska*** Nr. 11. Sieber-Szumowa: O zaczynach (fermentach) utleniających. Horodyński: O zawartości amoniaku we krwi i w narządach w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju zwierzęcego (dok.).

— ***Medycyna*** Nr. 11. Bronowski: Kilka myśli w kwestyi uleczalności gruźlicy u dzieci. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku. (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— ***Kronika lekarska*** Nr. 5. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.). Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych (c. d.).

— ***Krytyka lekarska*** Nr. 3. Biegański: O pracy lekarza prowincyonalnego. Wysłouch: Ohyda wieku (c. d.).

— ***Časopis lékařů českých*** Nr. 11. Pitha: O therapii asphyxie u dĕti novorozených. Procházka: O následcích mrtvice (c. d.).

— ***Liečnički Viestnik.*** Kramberger-Gorjanović: Prilog poznawanju diluvijalnog čovjeka iz Krapine, te patholožki pojavi na kostima ursus spelaeusa iz Krapine. Bośniaković: Zanimivi slučajevi iz moje sudbeno-kemijske prakse. Čačković: Prilog diferencijalnoj diagnostici ileusa strangulacijom i peritonitide.

— ***La Presse médicale*** Nr. 20. Vincent: Badanie zewnętrzne przewodu trawiennego i nowa metoda spostrzegania klinicznego. Brunton: Leczenie chirurgiczne zwężenia ujścia żylnego — Nr. 21. Gilbert: Rzut oka na rozwój terapii. Wykład wstępny.

— ***Berliner klin. Wochenschrift*** Nr. 10. Hondo: Przyczynek do sprawy zastąpienia chloru bromem. Cassirer: O zesztywnieniu kręgosłupa na tle mięśniowem. Munter: Leczenie wodą gruźlicy płucnej. Sachs: Czy istnieje jednostajne działanie aleksyn? (dok). Schaeffer: Wyskok, jako środek do odkażania rąk (dok.).

— ***Wiener klin. Wochenschrift*** Nr. 11. Ullmann: Doświadczalne przeszczepianie nerek. Töpfer: O stopniowym rozpadzie ciał białkowatych w wątrobie. Pendl: Leczenie ropni w jamie Douglasa, biorących początek w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Rudl: Macica dwurożna z ciążą bliźniaczą i łożyskiem uwięzłem.

— ***Münchener medic. Wochenschrift*** Nr. 10. Sellheim: Zasady i niebezpieczeństwa, połączone z leczeniem poronienia. Ascoli: O mechanizmie białkomoczu, wywołanego białkami jaja kurzego. Wiener: O prątku Danysza. Rieder: Jeszcze raz o bakteryobójczem działaniu promieni Röntgena. Boas: O ośrodku odruchowego zwężenia źrenicy i o siedzibie i istocie nieoddziaływania źrenicy. Riedinger: O dobrowolnem zwichnięciu barku. Bender: Przypadek jednostronnego prawie zupełnego braku mięśnia kapturowego. Reizenstein: Czy występowanie względnie w wczesnym wieku i w wielkiej liczbie naczyniaków skóry ma wpływać na rozpoznawanie raka? Trumpp: Uśpienie chloroformowe bez maski, drogą kaniuli krtaniowej.

— ***Deutsche medic. Wochenschrift*** Nr. 11. Fraenkel: Obowiązek donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy. Feinberg: Przyczynek do nauki o utkaniu i przyczynie guzów rakowych. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych (c. d.). Schmidlicke: Dalsze uwagi nad zarazkiem tężca w żelatynie kupnej.

Redakcya otrzymała. Lud. Korczyński: Zwei Stoffwechselversuche bei Osteomalacie. Zakrzewski: Maryówka-sanatoryum i zakład wodoleczniczy. Kędzior: Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung. F. Neugebauer: 1) Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. 2) Thrombus vaginae et vulvae. 3) Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalij rozwojowych analogicznych. 4) Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacyi używanych. 5) 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiety. 6) Z kazuistyki szpitalnej. 7) Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. 8) Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht eines erwachsenen als Frau verheiratheten Scheinzwitters.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od 7-go do 23-go lipca r. b. odbędzie się w Wrocławiu szereg wykładów i ćwiczeń praktycznych dla lekarzy w instytutach i klinikach uniwersytetu, z osobistym udziałem wszystkich profesorów zwyczajnych, oraz upoważnionych przez rząd profesorów nadzwyczajnych: pp. Hassego, Ponficka, v. Mikulicza-Radeckiego, Flüggego, Filehne, Küstnera, Uhthoffa, Wernicke, Kasta, Hürthlego, Richtera, Neissera, Lessera, Partscha, Czernyego Kümmla, Sterna i ich asystentów. Będą uwzględnione wszystkie działy medycyny praktycznej i teoretycznej, tak przez wykłady kliniczne z demonstracyami, jak i przez kursa praktyczne z ćwiczeniami technicznemi, — wreszcie przez demonstracye doświadczalne z wykładami, a także ćwiczeniami. Ścisły program wykładów, oraz bliższe warunki będą wkrótce dokładnie ogłoszone i na żądanie wysyłane.

Wszelkie zapytania prosimy adresować do niżej podpisanego sekretarza.

Komitet wykonawczy:

v. Mikulicz-Radecki, prezes. *Filehne,* vice-prezes.

A. Neisser, sekretarz. (Breslau XVI, Fürstenstrasse, 112).